

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI MINYAK BIJI BUNGA
MATAHARI (SUNFLOWER OIL) UNTUK MENCEGAH DEKUBITUS DI
RUANG STROKE CENTER RSUD A.W SJAHRANIE SMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Diajukan Oleh :
SLAMET ALFIYANTO., S.Kep
17111024120066

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN dan FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2018

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien Stroke Hemoragik dengan
Intervensi Inovasi Minyak Biji Bunga Matahari (Sunflower Oil) untuk
Mencegah Dekubitus di Ruang Stroke Center RSUD A.W Sjahranie
Samarinda**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar NERS



Diajukan Oleh :

Slamet Alfiyanto., S.Kep

17111024120066

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KESEHATAN dan FARMASI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Kliean Dengan Stroke Hemoragik Dengan Intervensi Inovasi Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower Oil*) Untuk Mencegah Dekubitus Di Ruang Stroke Center RSUD A.W Sjahranie Samarinda

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Slamet Alfiyanto, S.Kep

17111024120066

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 24 Juli 2018

Pembimbing



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep

NIDN. 1115017703

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Elektif



Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep, M.Kep

NIDN. 1115017703

LEMBAR PENGESAHAN

Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Kliean Dengan Stroke Hemoragik Dengan Intervensi Inovasi Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower Oil*) Untuk Mencegah Dekubitus Di Ruang Stroke Center RSUD A.W Sjahranie Samarinda

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DI SUSUN OLEH :

Slamet Alfiyanto., S.Kep

17111024120066

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal 24 Juli 2017

Penguji I

Ns. Sri Nidva Astuti., S.Kep
NIP. 19720418 199603 2 006

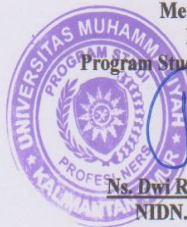
Penguji II


Ns. Joanggi WH., M.Kep
NIDN. 1122018501

Penguji III

Ns. Siti Khoiroh M., M.Kep
NIDN. 1115017703

Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan




Ns. Dwi Rahma F., M.Kep
NIDN. 1119097601

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien Stroke Hemoragik dengan
Intervensi Inovasi Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower Oil*) untuk
Mencegah Dekubitus di Ruang Stroke Center RSUD A.W Sjahranie
Samarinda**

Slamet Alfiyanto¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

INTISARI

Stroke Hemoragik adalah kematian jaringan otak karena pecahnya pembuluh darah otak. Komplikasi yang timbul akibat stroke salah satunya yang berhubungan dengan immobilisasi adalah dekubitus. Dekubitus bisa disebabkan karena kurangnya aktifitas fisik, bila tidak ditangani komplikasi tersebut akan menimbulkan masalah serius. Karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi minyak biji bunga matahari (*sunflower oil*) pada pasien dengan Stroke Hemoragik dalam mengatasi masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Intervensi ini dilakukan pada Ny. N (60 th) selama 4 hari yang dirawat di ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa tindakan keperawatan olesan minyak biji bunga matahari dapat mencegah terjadinya dekubitus.

Kata kunci: Stroke Hemoragik (SH), Dekubitus, Minyak Biji Bunga Matahari

¹ Mahasiswa Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Analisis Nursing Clinical Practice in Clients Haemorrhagic Stroke
Intervention Innovation with Sunflower Seed Oil to Prevent Pressure sores
in Hospital Stroke Center Lounge AW Sjahranie Samarinda**

Slamet Alfiyanto¹ Siti Khoiroh Muflihatin²

ABSTRACT

Haemorrhagic stroke is the death of brain tissue due to rupture of blood vessels of the brain. Complications from stroke one of them associated with the immobilization is decubitus. pressure sores can be caused by lack of physical activity, such complications if not treated will cause serious problems. end scientific work aims to analyze nurses intervention sunflower seed oil in patients with hemorrhagic stroke in addressing nursing Integrity damage the skin. This intervention is done in Ny. N (60 years) for 4 days were treated in Hospital Stroke Center AFI Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that the nursing actions spread sunflower seed oil can help prevent pressure sores.

Keywords: Haemorrhagic Stroke (SH), Pressure sores, Sunflower Seed Oil

¹Student Program Profetion Nurse of Muhammadiyah University of East Kalimantan

²Lecture of Muhammadiyah University of East Kalimantan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu dari tiga besar penyebab kematian di dunia diantara penyakit-penyakit berbahaya lainnya seperti kanker dan penyakit jantung. Setiap tahun stroke membunuh lebih dari 160.000 penduduk Amerika. 75% pasien dengan penyakit stroke di Amerika menderita kelumpuhan dan mengakibatkan kehilangan pekerjaannya. Di Eropa ditemukan kasus stroke sekitar 650.000 kasus tiap tahunnya, di Inggris stroke menduduki peringkat ke-3 setelah kanker dan jantung dan urutan pertama di Asia. Jumlah yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Stroke merupakan penyebab kecacatan serius menetap Nomor 1 diseluruh dunia. Untuk negara-negara berkembang atau Asia kejadian *stroke hemorrhagic* sekitar 30% dan *ischemic* 70%. Stroke *ischemic* disebabkan antaralain oleh trombosis otak (penebalan dinding arteri) 60%, emboli 5% (sumbatan mendadak), dan lain-lain 35% (Junaidi, 2012)

Di Indonesia sendiri insiden stroke meningkat dari tahun ke tahun seiring bertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Kejadian stroke di Indonesia pada tahun 2013 yaitu 12,1 per 1000 penduduk. Prevalensi stroke terbesar berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Utara (10,‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3‰), Bangka

Belitung dan DKI Jakarta masing-masing (9,7%). Sedangkan prevalensi stroke berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan dan gejala tertinggi di Sulawesi Selatan (19,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16%. Sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur berdasarkan terdiagnosis tenaga kesehatan sebanyak 7,7% dan berdasarkan terdiagnosis dan gejala oleh tenaga kesehatan 10,0% (Risikesdas, 2013).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan presentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016).

Berdasarkan hasil rekam medis ruang Stroke Center RSUD A>W Sajahranie Samarinda jumlah pasien stroke yang dirawat pada tahun 2016 adalah 653 pasien, pada tahun 2017 terdapat 672 pasien, sedangkan pada periode Januari 2018 sampai bulan Juni 2018 mencapai 378 pasien. Dengan ini maka menunjukkan salah satu contoh semakin tingginya angka kejadian stroke yang terjadi pada saat ini.

Penyakit stroke juga menjadi salah satu penyakit terminal yang tidak saja memiliki dampak jangka pendek, namun juga jangka panjang sekaligus berdampak ganda baik penderita maupun keluarga. Salah satu dari dampak stroke adalah kelumpuhan. Jadi stroke merupakan masalah medik yang sering dijumpai, gangguan *neurologik* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian (Tahihoran, 2010).

Stroke juga rentan mengalami berbagai komplikasi, salah satu diantaranya adalah dekubitus, terutama pada mereka yang terbaring di tempat tidur untuk jangka waktu yang lama. Kurangnya mobilitas dan inkontinensia dapat meningkatkan risiko kerusakan kulit. Hal ini disebabkan menderita penyakit gangguan mobilitas seperti stroke dan karena adanya perubahan metabolisme pada kulit, pembuluh darah, dan organ lainnya (Mikolajewska, 2010).

Dekubitus merupakan luka yang timbul karena tekanan terutama pada bagian tulang-tulang yang menonjol akibat tirah baring yang lama di tempat tidur. Kasus dekubitus dapat terjadi pada semua umur terutama pada lanjut usia dengan frekuensi kejadiannya sama pada pria dan wanita (Siregar, 2015).

Salah satu aspek utama dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien adalah mempertahankan integritas kulit. Hal ini dapat tercapai dengan memberikan perawatan kulit yang terencana dan konsisten. Perawatan kulit yang tidak terencana dan konsisten dapat mengakibatkan terjadinya gangguan integritas kulit. Gangguan integritas kulit dapat diakibatkan oleh tekanan yang lama, iritasi kulit, atau immobilisasi dan berdampak timbulnya luka dekubitus.

Tindakan yang terpenting dalam menjaga integritas kulit adalah menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar (tidak terlalu lembab atau kering). Menurut *Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO)* (2005), salah satu

intervensi dalam menjaga integritas kulit adalah dengan cara memberikan pelembab lubrikan seperti lotion, krem dan saleb rendah alkohol.

Integritas kulit yang normal dapat dipertahankan dengan memberikan minyak biji bunga matahari. Minyak biji bunga matahari mengandung linoleat yang tinggi, vitamin E, A, C, dan D yang dapat membantu pertumbuhan grnulosit, memelihara kelembapan, kelenturan, serta kehalusan kulit. Minyak biji bunga matahari dengan kandungan linoleat yang tinggi dapat mengenyalkan kulit dan melindungi elastis kulit dari kerusakan.

Hal ini menunjukkan betapa pentingnya penggunaan minyak biji bunga matahari untuk menjaga agar tidak terjadi luka dekubitus pada penderita stroke yang mengalami tirah baring. Tirah baring yang lama dapat menurunkan ketebalan lapisan dermis karena penekanan dan gesekan, disinilah minyak bunga matahari berfungsi sebagai perlindungan yang selalu memberikan kelembaban dan memelihara elastisitas kulit.

Pada ruang unit stroke pasien yang mengalami stroke diberikan tindakan tiap pagi memandikan pasien yang dimana pasien ini tidak bisa melakukan mobilisasi dan harus tirah baring lama sehingga diberikan perlakuan miring kanan dan miring kiri setelah mandi setiap 2 jam di pagi hari akan tetapi perlakuan ini tidak cukup sehingga diperlukan tindakan lebih lanjut agar pasien yang tirah baring lama tidak terkena ulkus dekubitus.

Mengingat efek dari tirah baring lama pada pasien stroke adalah terjadinya dekubitus sehingga penulis tertarik untuk membuat Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Analisis Praktek Klinik Keperawatan Dengan

Intervensi Inovasi Pengaruh Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower Seed Oil*) Terhadap Pencegahan Decubitus pada Pasien Stroke di Ruang Unit Stroke Center RSUD Abdul Wahab Syahrani Tahun 2018”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Penatalaksanaan Analisis Praktek Klinik Keperawatan Dengan Intervensi Inovasi Pengaruh Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower Seed Oil*) Terhadap Pencegahan Decubitus pada Pasien Stroke di Ruang Unit Stroke Center RSUD Abdul Wahab Syahrani Tahun 2018”.

C. Tujuan KIAN

Tujuan penulisan KIAN ini dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus :

1. Tujuan Umum

Penulisan KIAN ini bertujuan untuk melakukan analisis praktek klinik keperawatan dengan dengan intervensi inovasi pengaruh minyak biji bunga Matahari (*sunflower seed oil*) terhadap pencegahan decubitus pada pasien stroke di Ruang Unit Stroke Center RSUD Abdul Wahab Syahrani Tahun 2018”.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Haemoragik.
- b. Menganalisa intervensi pemberian minyak biji bunga Matahari (*sunflower seed oil*) untuk pencegahan luka tekan (dekubitus) di Ruang Stroke Centre RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat KIAN

1. Aspek Aplikatif

a. Bagi Pasien

Pasien dapat menerima asuhan keperawatan yang komprehensif selama penulisan Karya Ilmiah ini berlangsung.

b. Bagi Perawat

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam memberikan informasi mengenai pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan dekubitus.

2. Aspek Keilmuan

a. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh selama mengikuti masa perkuliahan dan sebagai tambahan pengalaman untuk meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan dekubitus

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya tindakan dalam memberikan minyak biji bunga matahari (*sunflower seed oil*) terhadap dekubitus pada pasien stroke.

c. Bagi Pendidikan

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam memperkaya bahan pustaka yang berguna bagi pembaca secara keseluruhan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Stroke

1. Pengertian Stroke

Stroke atau gangguan vaskuler otak atau dikenal dengan *cerebro vaskuler disease* (CVD) adalah suatu kondisi susunan sistem saraf pusat yang patologis akibat adanya gangguan peredaran darah (Satyanegara, 2010). Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak (Wijaya dan Putri, 2013).

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (defisit neurologis) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke dapat didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (Stroke Non Hemoragik) ataupun perdarahan (Stroke Hemoragik) (Junaidi, 2011).

Stroke merupakan sindrome klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun. Umumnya laki-laki lebih sedikit sering daripada perempuan. Biasanya tidak ada gejala dini dan muncul begitu mendadak. *World Health Organization (WHO)* menetapkan stroke adalah defisit neurologi

yang timbul semata-mata karena penyakit pembuluh darah otak dan bukan oleh sebab lain (Misbach, 2007).

2. **Klasifikasi Stroke**

Menurut Muttaqin (2008) Stroke dibagi menjadi dua yaitu :

a. Diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, yaitu:

1) Stroke Hemoragik

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun. Perdarahan otak dibagi dua, yaitu:

a) Perdarahan Intra Serebral

Pecahnya pembuluh darah (mikroaneurisma) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak, dan menimbulkan edema otak. Peningkatan TIK yang terjadi cepat, dapat mengakibatkan kematian mendadak karena herniasi otak. Perdarahan intraserebral yang disebabkan karena hipertensi sering dijumpai di daerah putamen, thalamus, pons dan serebelum.

b) Perdarahan Subaraknoid

Perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry

atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya keruang subaraknoid menyebabkan TIK meningkat mendadak, meregangnya struktur peka nyeri, dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparase, gangguan hemisensorik, dll).

2) Stroke Non Hemoragik

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya baik.

b. Klasifikasi Menurut Perjalanan Penyakit dan Stadiumnya yaitu :

1) TIA (Trans Iskemik Attack)

Adalah gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2) Stroke Involusi

Adalah stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah

buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.

3) Stroke Komplit

Adalah dimana gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen . Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

3. Etiologi

Kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke ini sering didiagnosis berdasarkan riwayat perkembangan dan evolusi gejala pada penderita stroke. Berikut penjelasan tentang penyebab stroke.

1) Stroke non hemoragik

Sekitar 80% sampai 85% kasus stroke terjadi adalah stroke non hemoragik. Dimana stroke ini terjadi akibat adanya bekuan atau sumbatan pada pembuluh darah otak yang dapat disebabkan oleh tumpukan trombus pada pembuluh darah otak, sehingga aliran darah ke otak terhenti (Idan dan Nila, 2009).

Stroke non hemoragik adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat dan bukan disebabkan oleh perdarahan. Stroke non hemoragik biasanya disebabkan oleh tertutupnya pembuluh darah otak akibat adanya penumpukan timbunan lemak (plak) dalam pembuluh darah besar (arteri karotis), pembuluh darah sedang (arteri serebri), pembuluh darah kecil (Lumantobing,2001).

2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi sekitar 15-20% dari semua jenis stroke. Stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga menimbulkan perdarahan di otak dan merusaknya. Stroke hemoragik biasanya terjadi akibat kecelakaan yang mengalami benturan keras di kepala dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di otak.

Stroke hemoragik juga bisa terjadi karena tekanan darah yang terlalu tinggi. Pecahnya pembuluh darah menyebabkan darah mengenai jaringan otak di sekitar pembuluh darah mengenai jaringan otak di sekitar pembuluh darah yang menjadikan suplai darah terganggu, maka fungsi otak juga menurun (Ida dan Nila, 2009).

Adapun menurut Muttaqin (2008) penyebab stroke yaitu :

a. Trombosis Cerebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemi jaringan otak yang dapat menimbulkan oedema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral. Tanda dan gejala neurologis memburuk pada 48 jam setelah trombosis.

Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan thrombosis otak yaitu :

1) Aterosklerosis

Aterosklerosis merupakan suatu proses dimana terdapat suatu penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah seperti koronaria, basilar, aorta dan arteri iliaka (Ruhanudin, 2007). Kerusakan dapat terjadi melalui mekanisme berikut :

- a) Lumen arteri menyempit dan mengakibatkan berkurangnya aliran darah
- b) Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadi trombosis
- c) Merupakan tempat terbentuknya trombus, kemudian melepaskan kepingan trombus (emboli)
- d) Dinding arteri menjadi lemah, dan kemudian terjadilah aneurisme yang dapat pecah dan mengakibatkan perdarahan.

2) Hyperkoagulasi pada polisitemia

Darah bertambah kental, peningkatan viskositas/ hematokrit meningkat dapat melambatkan aliran darah serebral.

3) Emboli

Emboli serebral merupakan penyumbatan pembuluh

darah otak oleh bekuan darah, lemak dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari thrombus di jantung yang terlepas dan menyumbat sistem arteri serebral. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10-30 detik. Beberapa keadaan dibawah ini dapat menimbulkan emboli :

- a) Katup-katup jantung yang rusak akibat Rheumatik Heart Disease (RHD)
- b) Infark Myocard
- c) Fibrilasi : Keadaan aritmia menyebabkan berbagai bentuk pengosongan ventrikel sehingga darah terbentuk gumpalan kecil dan sewaktu-waktu kosong sama sekali dengan mengeluarkan embolus-embolus kecil.
- d) Endokarditis oleh bakteri dan non bakteri, menyebabkan terbentuknya gumpalan-gumpalan pada endocardium.

b. Hemoragik

Perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini dapat terjadi karena atherosklerosis dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang

dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak.

c. Hipoksia Umum

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia umum adalah Hipertensi yang parah, Cardiac Pulmonary Arrest, Cardiac output turun akibat aritmia.

d. Hipoksia Setempat

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia setempat adalah Spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subarachnoid, Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migraine.

4. Manifestasi klinis

Menurut Wijaya dan Putri (2013), gejala utama stroke adalah:

- a. Timbulnya defisit neorologis secara mendadak atau subakut didahului gejala prodromal terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun kecuali bila embolus cukup besar.
- b. Gejala yang muncul pada perdarahan intraserebral adalah gejala prodromal yang tidak jelas kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Sifat nyeri kepala hebat sekali, mual muntah seringkali terjadi sejak permulaan serangan.

- c. Kesadaran biasanya menurun cepat termasuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23 % antara setengah sampai dua jam dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).
- d. Pada perdarahan subaraknoid didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meninges.
- e. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan subhialoid karena pecahnya aneurisma pada arteri karotis interna.
- f. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya , gejala yang muncul dapat berupa kelumpuhan wajah dan anggota badan satu atau lebih anggota badan, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, perubahan mendadak status mental, afasia (bicara tidak lancar), ataksia anggota badan, vertigo, mual muntah atau nyeri kepala.
- g. Gejala khusus pada pasien stroke adalah kehilangan motorik misalnya hemiplegia, hemiparesis, menurunnya tonus otot abnormal.
- h. Kehilangan komunikasi misalnya disartria yaitu kesulitan bicara disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara, disfasia atau afasia kehilangan bicara yang terutama ekspresif/ represif.

- i. Gangguan persepsi yaitu berupa homonimus hemianopsia yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis, amforfosintesis yaitu keadaan dimana cenderung berpaling
- j. Gangguan visual spasia yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.

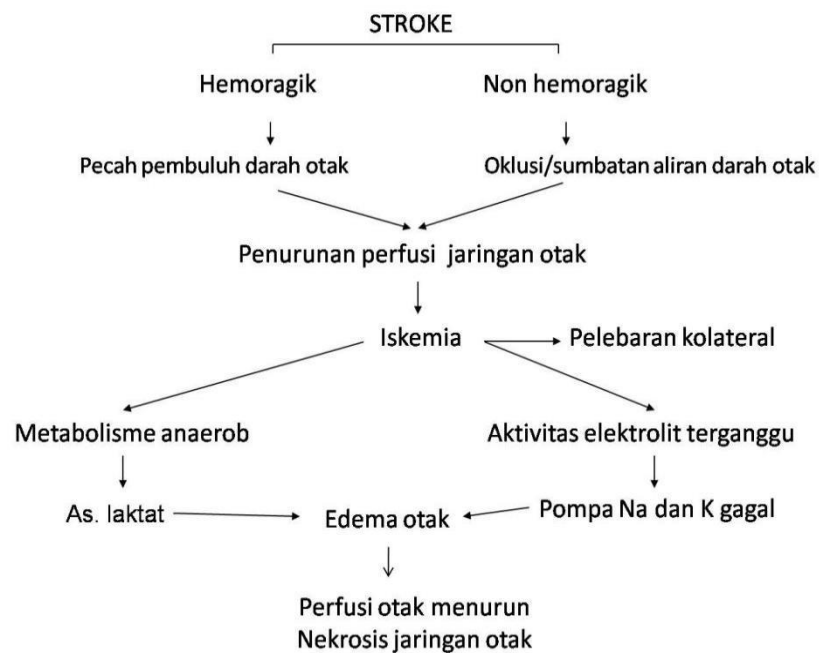
Kehilangan sensori antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan propriosetik) sulit mengintepretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius.

5. Patofisiologi Stroke

Otak sangat bergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen, bila terjadi anoreksia seperti halnya yang terjadi pada CVA/ Stroke, metabolisme di otak segera mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam 3 sampai 10 menit. Tetapi kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi otak akan menimbulkan hipoksia atau anoreksia.

Hipoksia menyebabkan iskemik otak. Iskemik otak dalam waktu yang lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat terjadi infark otak yang disertai dengan edema otak karena pada daerah yang dialiri darah terjadi penurunan perfusi dan oksigen, serta meningkatkan karbondioksida dan asam laktat. Adanya gangguan perdarahan darah ke otak menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme yaitu:

- 1) Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan atau penyumbatan lumen sehingga aliran darah dan suplai sebagian otak tidak adekuat, serta selanjutnya dan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak. Apabila hal ini terjadi secara terus menerus dapat menimbulkan nekrosis (infark).
- 2) Dinding arteri serebral pecah sehingga akan menyebabkan bocornya darah ke jaringan (hemoragi).
- 3) Pembesaran sebat atau kelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak, misalnya: malformasiangiomatosa, aneurisma.
- 4) Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang intersisial jaringan otak (Satyanegara dalam Ariani, 2012).



Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan diagnostic

1) CT Scan (Computer Tomografi Scan)

Pembidaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

2) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri adanya titik okulasi atau raftur.

3) Pungsi Lumbal

Aadanya tekanan normal, tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan.

4) Magnetik Resonan Imaging (MRI): Menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik.

5) Ultrasonografi Dopler : Mengidentifikasi penyakit arteriovena.

6) Sinar X Tengkorak : Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal.

7) Elektro Encephalografi (EEG)

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

b. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Lumbal pungsi, pemeriksaan likuor merah biasanya di jumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal sewaktu hari – hari pertama.
- 2) Pemeriksaan kimia darah, pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg didalam serum.

7. Komplikasi

Komplikasi stroke meliputi hipoksia serebral, penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera.

a. Hipoksia serebral

Otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan.

b. Penurunan darah serebral

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral.

c. Luasnya area cedera

Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distritmia dapat

mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus lokal.

8. Penatalaksanaan

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi:

a. Pengobatan Konservatif

- 1) Diuretika: Untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
- 2) Anti koagulan: Mencegah memberatnya trombosis dan embolisasi dari tempat lain dalam kardiovaskuler.
- 3) Anti trombosit: dapat diresepkan karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

b. Pengobatan pembedahan

- 1) Endarterektomi karotis (lihat pada gambar 2.7) membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher.
- 2) Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh klien TIA

B. Konsep Teori Dekubitus

1. Pengertian Dekubitus

Dekubitus berasal dari bahasa latin *decumbree* yang berarti merebahkan diri yang didefinisikan sebagai suatu luka akibat posisi penderita yang tidak berubah dalam jangka waktu lebih dari 6 jam

(Sabandar, 2008). (National pressure Ulcer Advisory panel (NPUAP), 1989 dalam Potter & Perry, 2009) mengatakan dekubitus merupakan nekrosis jaringan lokal yang cenderung terjadi ketika jaringan lunak tertekan diantara tonjolan tulang dengan permukaan eksternal dalam jangka waktu lama. Terjadi gangguan mikrosirkulasi jaringan lokal dan mengakibatkan hipoksia jaringan. Jaringan memperoleh oksigen dan nutrisi serta membuang sisa metabolisme melalui darah. Beberapa faktor yang mengganggu proses ini akan mempengaruhi metabolisme sel dengan cara mengurangi atau menghilangkan sirkulasi jaringan yang menyebabkan iskemi jaringan.

Iskemia jaringan adalah tidak adanya darah secara lokal atau penurunan aliran darah akibat obstruksi mekanika. Penurunan aliran darah menyebabkan daerah tubuh menjadi pucat. Pucat terlihat ketika adanya warna kemerahan pada pasien berkulit terang. Pucat tidak terjadi pada pasien yang berkulit pigmen gelap.

Kerusakan jaringan terjadi ketika tekanan mengenai kapiler yang cukup besar dan menutup kapiler tersebut. Tekanan pada kapiler merupakan tekanan yang dibutuhkan untuk menutup kapiler misalnya jika tekanan melebihi tekanan kapiler normal yang berada pada rentang 16 sampai 32 mmHg.

Setelah periode iskemi, kulit yang terang mengalami satu atau dua perubahan hiperemi. Hiperemia reaktif normal (kemerahan) merupakan efek vasodilatasi lokal yang terlihat, respon tubuh normal terhadap

kekurangan aliran darah pada jaringan dibawahnya, area pucat setelah dilakukan tekanan dengan ujung jari dan hyperemia reaktif akan menghilang dalam waktu kurang dari satu jam. Kelainan hyperemia reaktif adalah vasodilatasi dan indurasi yang berlebihan sebagai respon dari tekanan. Kulit terlihat berwarna merah muda terang hingga merah. Indurasi adalah area edema lokal dibawah kulit. Kelainan hiperemia reaktif dapat hilang dalam waktu antara lebih dari 1 jam hingga 2 minggu setelah tekanan di hilangkan.

Ketika pasien berbaring atau duduk maka berat badan berpindah pada penonjolan tulang. Semakin lama tekanan diberikan, semakin besar resiko kerusakan kulit. Tekanan menyebabkan penurunan suplai darah pada jaringan sehingga terjadi iskemi. Apabila tekanan dilepaskan akan terdapat hiperemia reaktif, atau peningkatan aliran darah yang tiba-tiba ke daerah tersebut. Hiperemia reaktif merupakan suatu respons kompensasi dan hanya efektif jika tekan dikulit di hilangkan sebelum terjadi nekrosis atau kerusakan. (Potter & Perry, 2010).

2. Faktor Resiko Dekubitus

Menurut Potter & Perry (2010), ada berbagai faktor yang menjadi predisposisi terjadi luka dekubitus pada pasien yaitu:

a. Gangguan Input Sensorik

Pasien yang mengalami perubahan persepsi sensorik terhadap nyeri dan tekanan beresiko tinggi mengalami gangguan integritas kulit dari pada pasien yang sensasinya normal. Pasien yang

mempunyai persepsi sensorik yang utuh terhadap nyeri dan tekanan dapat mengetahui jika salah satu bagian tubuhnya merasakan tekanan atau nyeri yang terlalu besar. Sehingga ketika pasien sadar dan berorientasi, mereka dapat mengubah atau meminta bantuan untuk mengubah posisi.

b. Gangguan Fungsi Motorik

Pasien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri beresiko tinggi terhadap dekubitus. Pasien tersebut dapat merasakan tekanan tetapi, tidak mampu mengubah posisi secara mandiri untuk menghilangkan tekanan tersebut. Hal ini meningkatkan peluang terjadinya dekubitus. Pada pasien yang mengalami cedera medulla spinalis terdapat gangguan motorik dan sensorik. Angka kejadian dekubitus pada pasien yang mengalami cedera medula spinalis diperkirakan sebesar 85%, dan komplikasi luka ataupun berkaitan dengan luka merupakan penyebab kematian pada 8% populasi ini.

c. Perubahan Tingkat Kesadaran

Pasien bingung, disorientasi, atau mengalami perubahan tingkat kesadaran tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari luka dekubitus. Pasien bingung atau disorientasi mungkin dapat merasakan tekanan, tetapi tidak mampu memahami bagaimana menghilangkan tekanan itu. Pasien koma tidak dapat merasakan tekanan dan tidak mampu mengubah ke posisi yang lebih baik. Selain itu pada pasien yang mengalami perubahan tingkat kesadaran

lebih mudah menjadi binggung. Beberapa contoh adalah pada pasien yang berada di ruang operasi dan untuk perawatan intensif dengan pemberian sedasi.

d. Gips, Traksi, Alat Ortotik dan Peralatan Lain

Gips dan traksi mengurangi mobilisasi pasien dan ekstermitasnya. Pasien yang menggunakan gips beresiko tinggi terjadi dekubitus karena adanya gaya friksi eksternal mekanik dari permukaan gips yang bergesek pada kulit. Gaya mekanik kedua adalah tekanan yang dikeluarkan gips pada kulit jika gips terlalu ketat dikeringkan atau ekstremitasnya bengkak.

Peralatan ortotik seperti penyangga leher digunakan pada pengobatan pasien yang mengalami fraktur spinal servikal bagian atas. Luka dekubitus merupakan potensi komplikasi dari alat penyangga leher ini. Sebuah studi yang dilakukan Plaiser dkk, (1994) mengukur jumlah tekanan pada tulang tengkorak dan wajah yang diberikan oleh empat jenis penyangga leher yang berbeda dengan subjek berada posisi terlentang dan *upright* (bagian atas lebih tinggi). Hasilnya menunjukkan bahwa pada beberapa penyangga leher, terdapat tekanan yang menutup kapiler. Perawat perlu waspada terhadap resiko kerusakan kulit pada klien yang menggunakan penyangga leher ini. Perawat harus mengkaji kulit yang berada di bawah penyangga leher, alat penopang (*braces*), atau alat ortotik lain untuk mengobservasi tanda-tanda kerusakan kulit.

3. Faktor yang mempengaruhi pembentukan Luka Dekubitus

Gangguan integritas kulit yang terjadi pada dekubitus merupakan akibat tekanan. Tetapi, ada faktor-faktor tambahan yang dapat meningkatkan resiko terjadi luka dekubitus yang terjadi luka dekubitus yang lebih lanjut pada pasien.

a. Gaya Gesek

Gaya gesek merupakan tekanan yang diberikan pada kulit dengan arah paralel terhadap permukaan tubuh. Gaya ini terjadi saat pasien bergerak atau memperbaiki posisi tubuhnya diatas saat tempat tidur dengan cara didorong atau di geser kebawah saat berada pada posisi fowler yang tinggi. Jika terdapat gaya gesek maka kulit dan lapisan subkutan menempel pada permukaan tempat tidur, dan lapisan otot serta tulang bergeser sesuai dengan arah gerakan tubuh. Tulang pasien bergeser kearah kulit dan memberi gaya pada kulit.

Kapiler jaringan yang berada di bawahnya tertekan dan terbebani oleh tekanan tersebut. Akibatnya, tak lama setelah itu akan terjadi gangguan mikrosirkulasi lokal kemudian menyebabkan hipoksi, perdarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan. Selain itu, terdapat Penurunan aliran darah kapiler akibat tekanan eksternal pada kulit. Lemak subkutan lebih rentan terhadap gesek dan hasil tekanan dari struktur tulang yang berada di bawahnya.akhirnya pada kulit akan terbuka sebuah saluran sebagai drainase dari area nekrotik. Perlu di

ingat bahwa cedera ini melibatkan lapisan jaringan bagian dalam dan paling sering dimulai dari kontrol, seperti berada di bawah jaringan rusak. Dengan mempertahankan tinggi bagian kepala tempat tidur dibawah 30 derajat dapat menghindarkan cedera yang diakibatkan gaya gesek.

b. Friksi

Friksi merupakan gaya mekanika yang diberikan pada kulit saat digeser pada permukaan kasar seperti alat tenun tempat tidur. Tidak seperti cedera akibat gaya gesek, cedera akibat friksi mempengaruhi epidermis atau lapisan kulit bagian atas, yang terkelupas ketika pasien mengubah posisinya. Seringkali terlihat cedera abrasi pada siku atau tumit. Karena cara terjadi luka seperti ini, maka perawat sering menyebut luka bakar seprei "*sheet burns*".

Cedera ini terjadi pada pasien gelisah, pasien yang gerakannya tidak terkontrol, seperti kondisi kejang, dan pasien yang kulitnya diseret dari pada diangkat dari permukaan tempat tidur selama perubahan posisi. Tindakan keperawatan bertujuan mencegah cedera friksi antara lain sebagai berikut: memindahkan klien secara tepat dengan menggunakan teknik mengangkat siku dan tumit yang benar, meletakkan benda-benda dibawah siku dan tumit seperti pelindung dari kulit domba, penutup kulit, dan membran transparan dan balutan hidrokoloid untuk melindungi kulit, dan menggunakan pelembab untuk mempertahankan hidrasi epidermis.

c. Kelembaban

Adanya kelembaban pada kulit dan durasinya meningkatkan terjadinya kerusakan integritas kulit. Akibat kelembaban terjadi peningkatan resiko pembentukan dekubitus sebanyak lima kali lipat. Kelembaban menurunkan resistensi kulit terhadap faktor fisik lain seperti tekanan atau gaya gesek.

Pasien imobilisasi yang tidak mampu memenuhi kebutuhan higienisnya sendiri, tergantung untuk menjaga kulit pasien tetap kering dan utuh. Untuk itu perawat harus memasukkan higienis dalam rencana perawatan. Kelembaban kulit dapat berasal dari drainase luka, keringat, kondensasi dari sistem yang mengalirkan oksigen yang dilembabkan, muntah, dan inkontensia. Beberapa cairan tubuh seperti urine, feses, dan inkontensia menyebabkan erosi kulit dan meningkatkan resiko terjadi luka akibat tekanan pada pasien.

d. Nutrisi Buruk

Pasien kurang nutrisi sering mengalami atrofi otot dan jaringan subkutan yang serius. Akibat perubahan ini maka jaringan yang berfungsi sebagai bantalan diantara kulit dan tulang menjadi semakin sedikit. Oleh karena itu efek tekanan meningkat pada jaringan tersebut. Malnutrisi merupakan penyebab kedua hanya mengangkat siku dan tumit yang benar, meletakkan benda-benda dibawah siku dan tumit seperti pelindung dari kulit domba, penutup

kulit, dan membran transparan dan balutan hidrokoloid untuk melindungi kulit, dan menggunakan pelembab untuk mempertahankan hidrasi epidermis.

e. Anemia

Pasien anemia beresiko terjadi dekubitus. Penurunan level hemoglobin mengurangi kapasitas darah membawa nutrisi dan oksigen serta mengurangi jumlah oksigen yang tersedia untuk jaringan. Anemia juga mengganggu metabolisme sel dan mengganggu penyembuhan luka

f. Kakeksia

Kakeksia merupakan penyakit kesehatan dan malnutrisi umum, ditandai kelemahan dan kurus. Kakeksia biasa berhubungan dengan penyakit berat seperti kanker dan penyakit kardipulmonal tahap akhir. Kondisi ini meningkatkan resiko luka dekubitus pada pasien. Pada dasarnya pasien kakesia mengalami kehilangan jaringan adipose yang berguna untuk melindungi tonjolan tulang dari tekanan.

4. Patogenesis Luka Dekubitus

Tiga elemen yang menjadi dasar terjadinya dekubitus yaitu:

- a. Intensitas tekanan dan tekanan yang menutup kapiler
- b. Durasi dan besarnya tekanan
- c. Toleransi jaringan

5. Klasifikasi Luka Dekubitus

Salah satu cara yang paling untuk mengklasifikasikan dekubitus adalah dengan menggunakan sistem nilai atau tahapan. Sistem ini pertama kali dikemukakan oleh Shea (2010) sebagai salah satu cara untuk memperoleh metode jelas dan konsisten untuk menggambarkan dan mengklasifikasikan luka dekubitus. Sistem tahapan luka dekubitus berdasarkan gambaran kedalaman jaringan yang rusak.

Luka yang tertutup dengan jaringan nekrotik seperti eschar tidak dapat dimasukkan dalam tahapan hingga jaringan tersebut dibuang dan kedalaman luka dapat di observasi. Peralatan ortopedi dan braces dapat mempersulit pengkajian dilakukan.

- a. Derajat I: Eritema tidak pucat pada kulit utuh, lesi luka kulit yang diperbesar. Kulit tidak berwarna, hangat, atau keras juga dapat menjadi indikator
- b. Derajat II: Hilangnya sebagian ketebalan kulit meliputi epidermis dan dermis. Luka superficial dan secara klinis terlihat seperti abrasi, lecet, atau lubang yang dangkal.
- c. Derajat III: Hilangnya seluruh ketebalan kulit meliputi jaringan subkutan atau nekrotik yang mungkin akan melebar kebawah tapi tidak melampaui fascia yang berada di bawahnya. Luka secara klinis terlihat seperti lubang yang dalam dengan atau tanpa merusak jaringan sekitarnya.

- d. Derajat IV: Hilangnya seluruh ketebalan kulit disertai destruksi ekstensif, nekrosis jaringan; atau kerusakan otot, tulang, atau struktur penyangga misalnya kerusakan jaringan epidermis, dermis, subkutaneus, otot dan kapsul sendi.

6. Komplikasi luka Dekubitus

Komplikasi sering terjadi pada luka dekubitus derajat III dan IV, walaupun dapat terjadi pada luka yang superfisial. Menurut Sabandar (2016) komplikasi yang dapat terjadi antara lain:

- a. Infeksi, umumnya bersifat multibakterial baik aerobik maupun anaerobik.
- b. Keterlibatan jaringan tulang dan sendi seperti periostitis, osteotitis, osteomielitis, dan arthritis septik.
- c. Septikimia

Septikemia adalah suatu kondisi dimana terjadi multiplikasi bakteri penyebab penyakit di dalam darah. Tubuh manusia ibarat tuan rumah bagi berbagai jenis bakteri yang hidup dengan leluasa di berbagai lokasi tubuh seperti mulut, kulit, usus, dan saluran kemih. Bakteri-bakteri ini dapat menyebabkan masalah jika mereka masuk ke aliran darah, apalagi jika orang tersebut sedang dalam kondisi tidak sehat atau sistem kekebalan tubuhnya lemah sehingga tidak mampu melawan serangan organisme tersebut.

d. Anemia

Anemia adalah suatu kondisi tubuh yang terjadi ketika sel-sel darah merah (eritrosit) dan/atau Hemoglobin (Hb) yang sehat dalam darah berada dibawah nilai normal (kurang darah).

e. Hipoalbuminea

Hipoalbuminemia adalah kadar albumin yang rendah/dibawah nilai normal atau keadaan dimana kadar albumin serum $< 3,5$ g/dL. Hipoalbuminemia mencerminkan pasokan asam amino yang tidak memadai dari protein, sehingga mengganggu sintesis albumin serta protein lain oleh hati (Murray, dkk, 2013).

7. Tempat terjadinya luka Dekubitus

Beberapa tempat yang paling sering terjadinya dekubitus adalah sakrum, tumit, siku, maleolus lateral, trokonter besar, dan tuberostis iskiat (Meehan, 2016). Menurut Bouwhuizen (2015) dan menyebutkan daerah tubuh yang sering terkena luka dekubitus adalah:

- a. Pada penderita pada posisi terlentang: pada daerah belakang kepala, daerah tulang belikat, daerah bokong dan tumit.
- b. Pada penderita dengan posisi miring: daerah pinggir kepala (terutama daun telinga), bahu, siku, daerah pangkal paha, kulit pergelangan kaki dan bagian atas jari-jari kaki.
- c. Pada penderita dengan posisi tengkurap: dahi, lengan atas, tulang iga, dan lutut

C. Konsep Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower oil*)

1. Pengertian Minyak Biji Bunga Matahari (*Sunflower oil*)

Minyak biji bunga matahari adalah minyak non volatil yang dihasilkan dari biji bunga matahari (*Helianthus annuus*) yang di kompres. Minyak biji bunga matahari biasanya digunakan dalam masakan sebagai minyak goreng dan bahan baku kosmetik. Minyak ini memiliki campuran lemak tak jenuh tunggal dan tak jenuh ganda dengan konsituen utama asam oleat dan asam linoleat (IOC, 2013).

Minyak biji bunga matahari adalah salah satu sumber utama lemak dari makanan dalam diet Mediterania, dan konsumsi minyak biji bunga matahari yang teratur memiliki berbagai efek menguntungkan pada kesehatan manusia. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa ada hubungan antara konsumsi diet mediterania, yang biasanya mencakup asupan 25-50 ml minyak biji bunga matahari per hari dengan lebih rendahnya insiden penyakit kardiovaskular, penurunan kognitif degeneratif, dan beberapa jenis kanker (Corona *et al.*, 2009).

Menurut *Food and Agriculture Organization* (FAO) pada tahun 2016, Ukraina merupakan negara penghasil minyak biji bunga matahari terbesar di dunia, FAO mencatat sepanjang tahun 2016 negara Ukraina mampu menghasilkan minyak biji bunga matahari sebanyak 3,5 juta ton, sementara Rusia menempati tempat kedua sebagai negara penghasil

minyak biji bunga matahari terbesar di dunia dengan hasil 2,8 juta ton sepanjang tahun 2016.

2. Komposisi

Minyak bunga matahari secara dominan mengandung asam linoleat dalam bentuk trigliseridanya. Presentase kandungan asam lemak yang ada dalam minyak bunga matahari adalah Asam Palmitat (4-9%), Asam Stearat (1-7%), Asam Oleat (14-10%), dan Asam Linoleat sebesar (48-74%).

Ada beberapa jenis minyak biji bunga matahari yang dihasilkan, seperti linoleat tinggi, oleat tinggi, dan oleat sedang. Minyak biji bunga matahari oleat tinggi secara khas mengandung sekurang-kurangnya 69% asam oleat. Minyak biji bunga matahari linoleat tinggi mengandung sekurang-kurangnya 82% asam linoleat. Keragaman profil asam lemak tak jenuh sangat kuat dipengaruhi oleh genetika dan iklim. Pada decade yang lalu, bunga matahari yang streat tinggi telah dikembangkan di Spanyol untuk menghindari penggunaan minyak nabati hidrogenasi parsial dalam industri makanan.

Minyak bung matahari juga mengandung lesitin, tokoferol, karotenoid, dan lilin. Sifat-sifat minyak bunga matahari adalah khas dari minyak trigliserida nabati. Minyak bunga matahari ringan dalam rasa dan penampilan serta memiliki kandungan vitamin A,C,D, dan E yang tinggi. Ini adalah kombinasi dari lemak tak jenuh ganda dengan tingkat lemak jenuh rendah.(Farmakope Inggris, 2015).

3. Manfaat

Menurut Style Craze (2016) terdapat berbagai manfaat bagi kesehatan yang terkait dengan penggunaan minyak bunga matahari, beberapa diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Menurunkan kolestrol

Tingginya kadar kolestrol dalam darah akan berdampak buruk bagi kesehatan tubuh, yang pada umumnya dapat menyebabkan penyakit jantung koroner dan stroke. Kandungan yang terdapat dalam minyak biji bunga matahari bermanfaat untuk menurunkan kadar kolestrol dalam darah dikarenakan minyak bunga matahari mengandung omega-3 dan omega-6. kandungan omega-3 dan omega-6 sangat penting dalam mengatasi masalah kolestrol (LDL).

b. Membantu mencegah kanker

Vitamin E yang terkandung dalam minyak bunga matahari adalah anti oksidan yang memiliki fungsi vital dalam menangkal serangan radikal bebas bagi tubuh.

c. Untuk Kesehatan dan keindahan kulit

Kandungan vitamin E, C, D, dan asam linoleat yang terkandung dalam minyak bunga matahari berfungsi juga untuk menjaga kelembaban dan elastisitas kulit. Selain itu asam linoleat yang terkandung dalam minyak bunga matahari juga berperan sebagai pelindung kulit dari infeksi bakteri.

d. Menenangkan saraf dan otot tubuh

Didalam minyak bunga matahari terdapat kandungan magnesium, fungsi dari magnesium itu sendiri adalah untuk menjaga keseimbangan kalsium di dalam tubuh. Dengan kadar kalsium yang stabil dalam tubuh dapat meningkatkan ketenangan saraf dan otot tubuh. Kandungan magnesium ini membuat saraf dan pembuluh darah bisa berjalan dengan normal. Dan jika seseorang kekurangan asupan magnesium akan berdampak kepada resiko mengalami kejang otot, hipertensi, migrain, tubuh rentan mengalami nyeri.

4. Mekanisme Kerja dan Keunggulan Minyak Biji Bunga Matahari

a. Mekanisme Kerja Minyak Biji Bunga Matahari dalam Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka terjadi dalam beberapa tahapan yaitu fase koagulasi, fase inflamasi, fase proliferasi, dan fase maturasi atau fase remodeling. Pada proses penyembuhan luka, terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi proses tersebut, di antaranya nutrisi, ada/ tidaknya infeksi, sirkulasi darah dan oksigenasi, faktor mekanikal, ada tidaknya benda asing yang menempel pada luka, hormon terutama steroid sebagai anti inflamasi, status metabolisme seseorang seperti penyakit diabetes, obesitas, dan penyakit gangguan sirkulasi darah seperti aterosklerosis, serta keadaan luka seperti ukuran, lokasi, dan tipe luka, serta obatobatan (Kumar, 2007).

Kandungan kimia yang terdapat dalam minyak biji bunga matahari meliputi asam lemak, yang merupakan komponen utama dalam minyak biji bunga matahari di antaranya asam oleat, linoleat, linolenat, dekanolat, sedangkan nutrisi mikro yang terlarut dalam minyak biji bunga matahari meliputi karotenoid, beta karoten, alfa karoten, tokoferol, omega 3, omega 6, omega 9, vitamin A, C, D, E,

K, mineral Fe, Ca, Mg, dan Zn. Selain itu minyak biji bunga matahari juga mengandung beta kriptosamin, senyawa fenolik, triterpenoid (minyak atsiri), steroid, glikosida fenilpropanoid, kumarin, asam klorogenat, asam kafeat, squalene, fitosterol, dan stigmasterol (Artha, 2014).

Vitamin C, E (tokoferol) dan A dapat berperan sebagai antioksidan dan anti inflamasi. Vitamin C dan A mempunyai peranan dalam sintesis kolagen, proliferasi fibroblas, dan angiogenesis sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Vitamin E dapat berperan dalam proses penyembuhan luka dengan melindungi membran sel dari kerusakan yang diakibatkan oleh zat-zat oksidan (Arnold & Barbul, 2006; Bugress, 2008).

Asam lemak seperti omega 3 (asam linolenat), omega 6 (asam linoleat), dan omega 9 (asam oleat) dapat berpengaruh dalam mempercepat proses penyembuhan luka. Omega 3 dan omega 6 juga diketahui dapat meningkatkan sistem imun penderita luka sehingga dapat terhindar dari infeksi (Guo & DiPietro, 2010).

Selain itu, asam lemak omega 3 dan omega 9 berperan dalam peningkatan sitokin pro inflamasi. Sitokin ini dapat meningkatkan fase inflamasi dalam proses penyembuhan luka. Asam lemak secara keseluruhan juga dapat meningkatkan sintesis kolagen sehingga proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat (Alexander & Dorothy, 2014).

Mineral yang terkandung dalam minyak biji bunga matahari, di antaranya *zinc* (Zn) dan zat besi (Fe) juga berperan dalam proses penyembuhan luka. *Zinc* berperan dengan meningkatkan sintesis kolagen dan protein, serta meningkatkan pertumbuhan jaringan. Sedangkan zat besi berperan dalam menyediakan oksigen untuk jaringan yang mengalami cedera atau luka, dan juga berperan dalam meningkatkan sintesis kolagen dan memperkuat jaringan baru yang terbentuk setelah penyembuhan luka (Woodward, 2009).

Zinc adalah kofaktor dari DNA dan RNA *polymerase*, sedangkan besi dapat meningkatkan produksi kolagen dengan proses hidroksilasi prolin dan lisin (Guo & DiPietro).

Glikosida fenil-propanoid yang terkandung dalam minyak biji bunga matahari selain mempunyai aktifitas sebagai antioksidan kuat, senyawa ini juga berfungsi sebagai anti bakteri dan anti inflamasi. Senyawa fenil-propanoid diketahui bersifat anti bakteri terhadap bakteri Gram negatif di antaranya *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes* dan *Pseudomonas aeruginosa* dan bakteri Gram positif seperti *Staphylococcus aureus*. Selain itu, senyawa ini juga memiliki kemampuan yang sama dengan antibiotik. Cara kerjanya yaitu dengan merusak membran bakteri sehingga menyebabkan bakteri mati (Artha, 2014).

Minyak atsiri dalam beberapa penelitian dikatakan dapat berfungsi sebagai anti bakteri. Minyak atsiri dalam minyak biji bunga matahari yaitu dalam bentuk senyawa triterpenoid adalah senyawa yang kerangka karbonnya berasal dari enam satuan *isoprene* dan secara biosintesis diturunkan dari hidrokarbon C-30 asiklik, yaitu *squalene*. Senyawa triterpenoid terdiri dari empat golongan yaitu, steroid, saponin, dan triterpen. Steroid adalah senyawa triterpenoid yang aktifitasnya dapat sebagai anti inflamasi (Artha, 2014).

Squalene adalah hidrokarbon alifatik tak jenuh tinggi yang termasuk triterpen. Menurut *John Hopkins University* tahun 1990, *squalene* dapat membantu mengatasi infeksi bakteri dan jamur. Senyawa ini berpotensi masuk ke dalam tubuh melalui kulit dengan mengoleskannya di permukaan kulit, dan senyawa ini mampu terserap dalam waktu 0,5 detik, tersebar seluas 1 mm dan dalam waktu kurang dari 1 menit sudah mencapai pembuluh darah, sehingga senyawa ini sangat baik untuk kesehatan kulit (Artha, 2014).

b. Keunggulan Minyak Biji Bunga Matahari

- 1) Minyak biji bunga matahari memiliki kandungan vitamin E Lebih banyak dari minyak zaitun, minyak kelapa, dan minyak jintan, yaitu sebesar 5,6 mg per satu sendok makan, sementara pada minyak zaitun, jintan dan minyak kelapa hanya 2 mg per sendok makan.
- 2) Kandungan vitamin K pada minyak biji bunga matahari memiliki 2 mg per satu sendok makan.
- 3) Minyak biji bunga matahari memiliki kadar asam lemak tak jenuh sebesar 65 % sedangkan minyak zaitun hanya memiliki minyak tak jenuh ganda sebesar 10 %.
- 4) Minyak Biji bunga matahari lebih cepat meresap pada kulit daripada minyak topical lainnya.

5. SOP Pemberian Minyak Bunga Matahari (*Sunflower Oil*)

Tabel 2.1 SOP Perawatan kulit menggunakan Minyak Bunga Matahari

SOP (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL)	
Pengertian	Perawatan kulit menggunakan minyak bunga matahari adalah suatu kegiatan yang terkait dengan perawatan kulit untuk mengatasi masalah yang timbul pada aspek fisik sehingga mencapai keadaan yang lebih baik
Tujuan	Pencegahan terjadinya gangguan pada aspek fisik antara lain dengan dilakukannya perawatan kulit sehingga kemungkinan terjadinya masalah pada kulit dapat teratasi
Prosedur	Waktu yang dibutuhkan untuk dilakukannya perawatan kulit menggunakan minyak bunga matahari yaitu \pm 5 menit Pelaksanaan perawatan kulit dengan menggunakan minyak bunga matahari

	<ol style="list-style-type: none">1. Persiapan<ol style="list-style-type: none">a. Siapkan minyak biji bunga mataharib. Siapkan bantal dan tisuc. Berikan posisi yang nyamand. Kontrak waktu dan jelaskan tujuan2. Pelaksanaan<ol style="list-style-type: none">a. Langkah<ol style="list-style-type: none">1) Observasi kondisi kulit sebelum diberikan minyak biji bunga matahari.2) Tentukan bagian tubuh mana saja yang akan dilakukan perawatan kulit3) Oleskan minyak bunga matahari secukupnya rutin satu kali sehari pada bagian tubuh yang mengalami gangguan pada kulit4) Biarkan hingga meresap sehingga minyak bunga matahari dapat melaksanakan fungsinya untuk membantu memperbaiki kulit5) Observasi kembali kondisi kulit 2 jam setelah diberikan minyak biji bunga matahari.
--	---

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

BAB IV

ANALISA SITUASI

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan analisa kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Haemoragik.

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.N dengan Stroke Haemoragik menggunakan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, analisa, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, penatalaksanaan keperawatan serta evaluasi maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

- a. Dari hasil pengkajian didapatkan data, klien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 4 : E₁ V₁ M₂, Kesadaran klien stupor, klien hanya terbaring di tempat tidur, aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga, terdapat penumpukan sekret pada saluran nafas klien, suara nafas ronchi. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada Ny.N dengan Stroke Haemoragik sebagai berikut :
 1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi tertahan,
 2. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan hipertensi,
 3. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan fungsi kognitif,
 4. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan gangguan neuromuskular,
 5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular,
 6. Kerusakan

integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (tekanan dan imobilitas fisik), 7. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

b. Evaluasi implementasi selama perawatan mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Dengan kata lain setelah dilakukan implementasi selama 4 hari prognosis penyakit klien menjadi lebih baik, 5 diagnosa teratasi , 2 diagnosa belum teratasi.

2. Hasil analisa penerapan terapi inovasi minyak bunga matahari menunjukkan adanya pengaruh yang digambarkan dengan tidak terjadinya dekubitus pada pasien stroke hemoragik (SH) dengan penurunan kesadaran..

B. Saran

Diharapkan hasil dari analisa praktik klinik dengan intervensi inovasi menggunakan minyak biji bunga matahari terhadap pencegahan terjadinya dekubitus ini, nantinya dapat digunakan atau bahkan dikembangkan menjadi intervensi non farmakologis utama dalam mencegah terjadinya dekubitus, baik oleh RSUD A.W Sjahranie Samarinda, perawat, pasien dan keluarga, serta pihak intitusi pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

Abubakar, SA & Isezuo, SA. (2012). Health related quality of stroke survivor: experience of a stroke unit. *International Journal of Biomedical Science*, 8 (3), 183-187.

Ariani, April T. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika

Brunner and Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol.2. Jakarta : EGC

Carpenito LJ, (2010). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* . 13th Ed. United State of America : Lippincott Williams & Wilkins.

Dinata, C.A, dkk. (2013). Gambaran faktor resiko dan tipe stroke pada pasien rawat inap di bagian penyakit dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan. 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas* : 2 (2).

Farida, Ida & Amalia, Nila. (2009). *Mengantisipasi Stroke*. Bukubiru : Yogyakarta.

Gacoin, A., Camus, C., Gros A, Isslame, S., Lavoue, S., Chimot, L., Donnio, P.Y., & Le Tulzo, Y. (2010). In long term ventilated patients: associated factors and impact on intensive care unit outcomes. *Crit care med*, 38(10), 1933-8.

Guyton, CA and Hall, JE. (2006). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*: EGC. Jakarta: Edisi 11.

Helmi, Z.N (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Salemba Medika : Jakarta

Iskandar, Junaidi. (2012). *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: Andi

Misbach, Jusuf. (2010). *Stroke : Aspek diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.

Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Salemba Medika. Jakarta.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of Nursing*. USA : Mosby Inc.

_____. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Diah Nur, Onny Tampubulon & Farah Diba (Penerjemah) Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Pudiastuti, Ratna Dewi. (2013). *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Nuha Medika. Yogyakarta

Rahayu, S, dkk. (2014). Hubungan frekuensi stroke dengan fungsi kognitif di RSUD Arifin Achmad. *Jurnal Universitas Riau*. Jom PSIK. No.2

Smeltzer C. Suzanne, Bare G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

_____. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol. 3. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Suheri. (2009). Gambaran lama hari rawat dalam terjadinya luka dekubitus pada pasien imobilisasi di RSUP Haji Adam Malik Medan. Skripsi. Medan: Fakultas Keperawatan USU.

Suratun, Heryati, Manurung, S, Raenah, E. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tania, M.N, et al. (2014). Stroke : bowel dsyfunction in patient admitted for rehabilitation. *The Open Nursing Journal*. (8). 43-47.

Utami, I.M., (2009). Gambaran Faktor-faktor Risiko yang Terdapat pada Penderita Stroke. Tidak dipublikasikan.

Wijaya, Andra, S.P, Yessie, M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa*. Medical Book : Yogyakarta.