

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI PENERAPAN STIMULASI
AROMATERAPI *GRAPEFRUIT* DENGAN LATIHAN OKUPASI
(MEMINDAHKAN KACANG) PADA PASIEN YANG MENGALAMI
KECEMASAN DIRUANG STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SYAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2018

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Disusun Oleh:

Dhea Rahmanisa, S. Kep

17111024120016

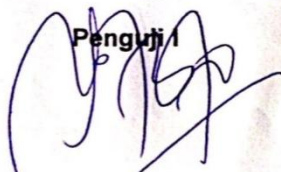
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
SAMARINDA
2018

LEMBAR PENGESAHAN

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Haemoragik
Dengan Intervensi Penerapan Stimulasi Aromaterapi *Grapefruit* Dengan
Latihan Okupasi (Memindahkan Kacang) Pada Pasien Yang Mengalami
Kecemasan Di Ruang Stroke Center Rsud Abdul
Wahab Sjahranie Samarinda 2018**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS**DISUSUN OLEH :**

**Dhea Rahmanisa, S.Kep
17111024120016**

Diseminarkan dan Diujikan**Pada tanggal 23 juli 2018****Penguji I**

**Ns. Wahyu Oktoviyanti, S.Kep, MM
NIDN.197210071995032003**

Penguji II

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

Penguji III

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

**Mengetahui,
Ketua****Program Studi Ilmu Keperawatan**

**Ns. Dwi Rahmah F, M.Kep
NIDN.1119097601**

Kata Pengantar



Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas anugerah, rahmat, dan nikmat-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan KIAN ini dengan judul “analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke dengan intervensi penerapan stimulasi aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi(memindahkan kacang) pada pasien stroke dengan kecemasan diruang stroke center rsud abdul wahab syahrani Samarinda tahun 2018”tidal lupa juga kita panjatkan sholawat serta salam kepada nabi besar kita Muhammad SAW.

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan tugas KIAN ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan serta bimbingan yaitu kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr Bambang Setiaji, selaku rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda

2. Bapak Ghozali MH., M. Kes., selaku wakil rector bidang akademik Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda
3. Bapak dr. Rachim Dinata Marsidi, sp.b.,FINAC., M.Kes., selaku direktur RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda
4. Ibu Ns. Dwi Rahmah F, M.Kep, selaku ketua program studi ilmu keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda
5. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.kep, selaku kordinator mata kuliah Elektif Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda dan selaku penguji II yang telah banyak merikan masukan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini
6. Ibu Ns. Joanggi WH, M.Kep., selaku penguji III yang telah banyak merikan masukan, motivasi, dorongan, bantuan pemikiran, dan mengarahkan kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini
7. Ibu Ns. Wahyu Oktoviyanti, S.Kep., MM, penguji I yang telah banyak memberikan masukan & motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan KIAN
8. Bapak Supardi, SST., selaku kepala ruangan stroke center RSUD Abdul Wahab Syahranie Samarinda banyak membantu penulus dalam menyelesaikan laporan
9. Seluruh staff dosen dan petugas Perpustakaan yang telah banyak membantu penulis dalam penyelesaian proposal penelitian ini Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur Samarinda.
10. Untuk kedua orang tua saya tercinta bapak Syahrim dan ibu Erna Dewi. Terima kasih untuk banyaknya dukungan, kasih sayang, dan cinta kalian yang selalu

memenuhi hati saya, beserta doa terbaik yang tak pernah putus kalian berikan kepada saya sampai saat ini. Berkat kalian karya ilmiah akhir ners ini dapat terselesaikan dengan baik.

11. Kedua adik saya Dinda Syafitri dan Panji Mahardika Syadewa yang selalu menghibur memberi semangat dan doa untuk saya dalam penyelesaian tugas karya ilmiah akhir ners ini
12. Terimakasih untuk sahabat saya Ariska Susanty, Nurul Mutmainah, dan Nurwahyuni Octafia, yang selalu berbagi semangat serta motivasi dalam suka dan duka untuk penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini
13. Terimakasih untuk teman-teman satu bimbingan Abdul saad, Ilham, Dwi, dan Novi yang selalu berbagi semangat dan motivasi dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ners ini

Semoga Allah SWT memberikan kemurahan atas segala budi baik yang telah diberikan. Penulis telah berusaha semaksimal mungkin demi kesempurnaan penulisan karya ilmiah akhir ners ini, namun masih banyak terdapat kekurangan, untuk itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan. Penulis berharap agar penelitian ini dapat bermanfaat untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalammu 'alaikum Wr. Wb

Samarinda, 23 Juli 2018

Penulis

Dhea Rahmanisa, S.Kep

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan
Intervensi Penerapan Stimulasi Aromaterapi *Grapefruit* dengan Latihan
Okupasi (Memindahkan Kacang) pada Pasien yang Mengalami
Kecemasan di Ruang Stroke Center RSUD Abdul
Wahab Syahrane Samarinda Tahun 2018**

Dhea Rahmanisa¹, Ns. Joanggi WH²

INTISARI

Latar belakang : Stroke merupakan penyebab kematian ketigatersering di negara maju, setelah penyakit jantung dan kanker. Faktor utama penyebab hipertensi primer merupakan kecemasan kecemasan dapat menstimulasi pelepasan hormon epineprin dari kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah jantung sehingga dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah. Kecemasan dapat menstimulasi pelepasan hormon epineprin dari kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah jantung. aromaterapi ‘pengobatan menggunakan wangi-wangian’. Istilah ini merujuk pada penggunaan minyak esensial dalam penyembuhan dapat menekan rasa cemas dengan memberikan efek relaksasi dengan melakukan terapi okupasi untuk mengetahui reaksi dari kardiovaskuler dengan terapi inovasi stimulasi penciuman aromaterapi dapat menekan kerja sistem kardiovaskuler pada pasien stroke non hemoragik dengan kecemasa di ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Intervensi utama KIAN : Pemberian aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi (memindahkan kacang) untuk mengetahui reaktivitas kardiovaskuler pada pasien stroke dengan kecemasan.

Hasil utama KIAN: Dari hasil penelitian ini didapatkan hasil bahwa aromaterapi dengan latihan memindahkan kacang berpengaruh pada reaktivitas kardiovaskuler yaitu terjadi penurunan Tekanan darah, nadi, dan MAP serta kecemasan klien berkurang.

Kata Kunci: Stroke, aromaterapi, kecemasan

¹Mahasiswa Keperawatan STIKES Muhammadiyah, Program Profesi Ners Samarinda

²Dosen UMKT Samarinda

Analysis of Nursing Clinic Practices in Stroke Non Haemorrhagic Patients with Interventions of Stimulation Implementation of Grapefruit Aromatherapy with Occupational Therapy (Moving Beans Task) in Patients with Anxiety Stroke Center RSUD
Abdul Wahab Syahranie Samarinda Tahun 2018

Dhea Rahmanisa¹, Joanggi WH²

Abstract

Background :Stroke is a cause of death in developed countries, after heart disease and cancer. The main factor causing primary hypertension is that it can stimulate the epinephrine-free hormone mole from the adrenal glands that can cause the narrowing of the blood vessels of the heart to blood. Anxiety can stimulate the release of epinephrine hormones from the adrenal glands that can cause constriction of the heart's blood vessels. aromatherapy 'treatment using perfumes'. Actions taken on the use of essential oils in order to be used to provide a good effect to take appropriate action to cope with pressure from cardiovascular therapy with aromatherapy stimulation stimulation can work on the Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

The intervention KIAN :Giving of grapefruit aromatherapy with occupational exercise (removal of peanuts) to determine cardiovascular reactivity in stroke patients with anxiety.

Results KIAN :From the results of this study obtained results that with exercise returns to a better condition than blood pressure, pulse, and MAP and the client angle decreases.

Keywords: Stroke, aromatherapy, anxiety

¹Student of Bachelor program profession Nurse of STIKES UMKT Samarinda

²Lecturer Nursing Science Program of UMKT

**INAMA AMRUHU IDZA ARDA SYAI'AN AN
YAKULA LAHU KUN FAYAKUN**

Sesungguhnya segala urusan apabila ia (Allah SWT) menghendakinya hanya berkata kepadanya "jadilah!" maka jadi (Yaasiin ayat 82).

Selesaikanlah dengan baik karena disana ada doa dan harapan ibu dan ayah. Dear

DAFTAR ISI

Judul	
Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan Keaslian Penelitian.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Intisari.....	viii
abstrak.....	ix
Moto.....	viii
Daftar isi.....	x
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

- A. Konsep Stroke

1. Stroke definisi	8
2. Klasifikasi stroke.....	8
3. Etiologi stroke.....	10
4. Resiko dan Pencegahan Stroke.....	15
5. Manifestasi Klinis.....	15
6. Patofisiologi Stroke.....	18
7. Penatalaksanaan Pasien Stroke Fase Akut.....	20
8. Komplikasi.....	21
9. Pemeriksaan tambahan / laboratorium.....	22
B. Konsep Kecemasan.....	22
1. Define Kecemasan.....	22
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan.....	23
3. Bentuk Kecemasan.....	24
4. Tingkat Kecemasan.....	25
5. Ciri – ciri Kecemasan.....	27
6. Alat ukur Kecemasan.....	29
C. Aromaterapi	31
1. Definisi	31
2. Mekanisme Aromaterapi.....	32
3. Aplikasi Minyak Esensial Agar Diserap Oleh Tubuh.....	33
D. Konsep Terapi Okupasi.....	35
1. Definisi.....	35

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus.....	37
B. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas.....	64
C. Intervensi Inovasi.....	64
D. Intervensi Keperawatan.....	67
E. Implementasi keperawatan	76
F. Evaluasi.....	100

BAB IV ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktek.....	112
B. Analisa Masalah keperawatan dengan Konsep terkait dan Konsep Kasus Terkait.....	115
C. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....	122
D. Alternatif yang dapat dilakukan.....	128

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	129
B. Saran.....	130

DAFTAR PUSTAKA.....	133
----------------------------	------------

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

TABEL 3.1 Skala Morse.....	41
TABEL 3.2 Instrumen Barthel ADL Index (BAI).....	45
TABEL 3.3 NIHSS (<i>National Institute Helath Stroke Scale</i>).....	47
TABEL 3.4 Skala Norton (Decubitus).....	50
TABEL 3.5 hasil pemeriksaan laboratorium.....	59
TABEL 3.6 Analisa Data.....	61
TABEL 3.7 penerapan stimulasi Aromaterapi dengan latihan okupasi (memindahkan kacang).....	64
TABEL 3.8 Intervensi Keperawatan.....	67
TABEL 3.9 Implementasi keperawatan hari 1.....	78
TABEL 3.10 Implementasi keperawatan hari 2.....	82
TABEL 3.11 Implementasi keperawatan hari 3.....	88
TABEL 3.12 Implementasi keperawatan hari 4.....	94
TABEL 3.10 Evaluasi Hari 1.....	100
TABEL 3.11 Evaluasi Hari 2.....	103
TABEL 3.12 Evaluasi Hari 3.....	106
TABEL 3.13 Evaluasi Hari 4.....	109
TABEL 4.1 Hasil implementasi pengukuran kuesioner kecemasan.....	122
TABEL 4.2 Hasil implementasi pengukuran TD, N, MAP.....	123

Daftar Lampiran

- Lampiran 1 : Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Biodata Peneliti
- Lampiran 3 : Hasil rontgen kepala Ny. E pada tanggal 04/07/2018
- Lampiran 4 : Foto saat pemberian intervensi inovasi
- Lampiran 5 : Kuesioner skala pengukuran kecemasan dengan state - trait anxiety inventory
- Lampiran 6 : Standar Operasional Prosedur Stimulasi Aromaterapi Grapefruit Dengan Latihan Memindahkan Kacang (Okupasi)
- Lampiran 7 : Jurnal Inovasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah penyakit serebrovaskular yang sering ditemukan di negara maju, saat ini juga banyak terdapat di negara berkembang salah satunya di negara Indonesia. Satu diantara enam orang di dunia akan terkena stroke. Masalah stroke di Indonesia menjadi semakin penting karena di Asia menduduki urutan pertama dengan jumlah kasusnya yang semakin banyak. Penyakit stroke merupakan salah satu dari penyakit tidak menular yang masih menjadi masalah kesehatan yang penting di Indonesia. Seiring dengan semakin meningkatnya morbiditas dan mortalitas dalam waktu yang bersamaan, dimana di Indonesia peningkatan kasus dapat berdampak negatif terhadap ekonomi dan produktivitas bangsa, karena pengobatan stroke membutuhkan waktu lama dan memerlukan biaya yang besar (Kemenkes, 2014).

Terdapat dua tipe utama dari stroke yaitu stroke iskemik akibat berkurangnya aliran darah sehubungan dengan penyumbatan (trombosis, emboli), dan hemoragik akibat perdarahan (WHO, 2014). Darah yang keluar dan menyebar menuju jaringan parenkim otak, ruang serebrospinal, atau

kombinasi keduanya adalah akibat dari pecahnya pembuluh darah otak yang dikenal dengan stroke hemoragik (Dorotin, 2017).

Stroke merupakan penyebab kematian ketigatersering di negara maju, setelah penyakit jantung dan kanker. Setiap tahun, hampir 700.000 orang Amerika mengalami stroke dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. 11% orang Amerika berusia 55-56 mengalami infark cerebral silent prevalensinya meningkat sampai 40% pada usia 80 tahun dan 43% pada usia 85 tahun (Adrian, 2013).

Di Indonesia, insiden stroke meningkat dari tahun ketahun seiring bertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2007 yaitu 8,3 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2010). Pada tahun 2013 terjadi peningkatan kejadian stroke yaitu 12,1 per 1000 penduduk (Riskesdas, 2013). Data yang diperoleh dari dinas kesehatan provinsi Kalimantan Timur tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian ke empat di kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan presentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016).

Faktor utama penyebab hipertensi primer merupakan kecemasan (Lovastatin, 2005) kecemasan dapat menstimulasi pelepasan hormon epineprin dari kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah jantung sehingga dapat menyebabkan terjadinya tekanan darah (Bustan, 2007).

Seseorang menderita stroke karena memiliki perilaku yang dapat meningkatkan faktor risiko stroke. Gaya hidup yang tidak sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi lemak dan tinggi kolesterol, kurang aktifitas fisik, dan kurang olahraga, meningkatkan risiko terkena penyakit stroke (Pratiwi, 2017).

Serangan stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Cacat fisik dapat mengakibatkan seseorang kurang produktif. Oleh karena itu pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik agar dapat menjalani aktivitasnya secara normal. Rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin secara cepat dan tepat sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal. Serta menghindari kelemahan otot yang dapat terjadi apabila tidak dilakukan latihan rentang gerak setelah pasien terkena stroke (Liyawati, 2015).

Latihan untuk menstimulasi gerak pada jari-jari tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam dimana gerakan mengepalkan/ menggenggam tangan rapat-rapat akan menggerakkan otot-otot untuk membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut (Lewis, 2009).

Program latihan untuk rehabilitasi seperti terapi fisik, terapi okupasi, atau terapi wicara. Tugas memindahkan kacang dengan pelatihan sumpit atau penjepit telah digunakan dalam rehabilitasi, terutama dalam terapi okupasi, untuk gangguan tangan yang dominan pada pasien stroke, untuk mengetahui

reaktivitas kardiovaskuler. Penelitian sebelumnya telah menjelaskan dampak pada BP dan denyut jantung (HR) pada pasien stroke berdasarkan program latihan ini. Reaktivitas kardiovaskular dengan stimulasi olfaktori menggunakan aromaterapi, koneksi langsung olfaksi ke otak, melalui limbic sistem, memungkinkan minyak esensial memiliki efek langsung emosi dan kondisi mental. Persepsi bau dapat berdampak besar pada memori, pembelajaran, emosi, pemikiran, dan perasaan. Aroma dapat meningkatkan semangat dan menenangkan sistem saraf (Sheppard-Hanger, 2015).

Kejadian stroke memiliki proporsi lebih besar dibandingkan dengan stroke hemoragik. Rehabilitasi stroke merupakan bagian yang sangat penting dari upaya pemulihan pada pasien pasca stroke. Pada rehabilitasi stroke pasien akan mempelajari beberapa hal seperti cara bergerak, berbicara, berpikir dan bagaimana melakukan perawatan diri sendiri (Jami'an, 2017).

Data yang di peroleh dari dinas kesehatan Propinsi Kalimantan Timur pada Tahun 2016 di dapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian no 4 di kota samarinda setelah penyakit jantung, tekanan darah dan ketuaan lansia dengan presentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Berdasarkan data dari rekam medis Ruang Stroke Centre selama 6 bulan terakhir melalui pengumpulan data yang di dapatkan mencapai 371 pasien, yaitu stroke non hemoragik berjumlah 200 pasien dan pasien stroke hemoragik berjumlah 171 orang.

Berdasarkan fenomena di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul Pengaruh stimulasi olfaktori dengan minyak esensial pada reaktivitas kardiovaskular selama latihan memindahkan kacang pada pasien stroke dengan kecemasan Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

B. Rumusan Masalah

Dari latar belakang di atas, penulis merumuskan masalah yaitu “ Bagaimanakah analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi Pengaruh stimulasi olfaktori dengan minyak esensial pada reaktivitas kardiovaskular selama latihan memindahkan kacang pada pasien stroke dengan kecemasan Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir – Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisis praktik klinik keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan intervensi inovasi Pengaruh stimulasi olfaktori dengan minyak esensial pada reaktivitas kardiovaskular selama latihan memindahkan kacang pada pasien stroke dengan kecemasan Di Ruang Stroke Center RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik.
- b. Penulis mampu menganalisa Pengaruh stimulasi olfaktori dengan minyak esensial pada reaktivitas kardiovaskular selama latihan memindahkan kacang pada pasien stroke non hemoragik dengan kecemasan Di Ruang Stroke Center

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat digunakan bagi perawat sebagai alternative dalam mengurangi kecemasan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan menggunakan metode pemberian stimulasi olfaktori dengan minyak esensial pada reaktivitas kardiovaskular selama latihan memindahkan kacang.

2. Manfaat Teoritis

- a. Karya ilmiah ini dapat menjadi dasar dalam mengembangkan pelayanan asuhan keperawatan yang berfokus terhadap terapi alternatif / nonfarmakologi sebagai peningkatan kualitas pelayanan asuhan keperawatan.
- b. Karya ilmiah ini diharapkan mampu dijadikan acuan pembelajaran mengenai respon fisiologis tubuh terhadap minyak esensial pada reaktivitas kardiovaskular selama latihan memindahkan

kacangsehingga dapat diberikan tindakan keperawatan secara tepat dan efisien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Definisi

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu, Stroke menyebabkan kelumpuhan, kekuatan pikiran berkurang, hilangnya perasaan, ketidakmampuan fungsional, perubahan kepribadian, perubahan emosional, epilepsi, dan gangguan komunikasi. Stroke membawa pengaruh terhadap semua aspek kehidupan seseorang yang mengalaminya baik dari aspek personal, sosial, vokasional, dan fisik. Penderita stroke akan mengalami ketergantungan pada orang lain khususnya keluarga dan menyebabkan gangguan relasi sosial (Zahro, 2014).

2. Klasifikasi Utama Stroke dan Penyebabnya

Sistem klasifikasi utama stroke biasanya membagi stroke menjadi dua kategori berdasarkan penyebab terjadinya stroke, yaitu stroke iskemik dan hemoragik:

a. Stroke Iskemik atau Stroke Non Hemoragik

Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penggumpalan darah yang bersirkulasi melalui pembuluh arteri. Kondisi ini diakibatkan oleh lemak terutama kolesterol, sel-sel arteri yang rusak, kalsium serta materi lain berkumpul membentuk materi baru/ plak (plaque). Plak tersebut akan menempel di bagian dalam dinding arteri terutama di bagian percabangan arteri yang menyebabkan sel-sel yang menyusun arteri memproduksi zat kimia yang menyebabkan penebalan pada plak sehingga liang arteri menyempit. Penyempitan ini akan menyebabkan aliran darah terhambat sehingga suplai oksigen ke otak berkurang. Stroke iskemik dibedakan menjadi dua kelompok berdasarkan lokasi penggumpalan darah : stroke iskemik trombolitik dan stroke iskemik embolitik. Stroke iskemik trombolitik ditandai dengan penggumpalan darah pada arteri yang menuju ke otak. Stroke iskemik embolitik disebabkan oleh penggumpalan darah pada pembuluh darah lainnya yang tidak menuju ke otak, sebagian besar terjadi pada pembuluh darah di jantung. Menurunnya pasokan darah dari jantung yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak adalah faktor utama yang menjadi penyebab stroke iskemik embolitik.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik disebabkan oleh perdarahan yang terjadi pada pembuluh darah yang menuju ke otak. Kondisi ini diawali oleh tekanan

yang tiba-tiba meningkat ke otak sehingga pembuluh darah yang tersumbat tidak mampu menahan tekanan tersebut, pecahnya pembuluh darah mengakibatkan perdarahan pada pembuluh darah, sehingga darah tidak mampu mencapai sasaran yaitu sel otak yang membutuhkan suplai darah yang mengandung oksigen dan nutrisi lainnya. Stroke hemoragik dibagi dua sesuai dengan lokasi perdarahan : stroke hemoragik intraselebral dan subaraknoid. Stroke hemoragik intraselebral merupakan perdarahan yang terjadi di dalam otak meliputi ganglis, batang otak, otak, otak kecil, dan otak besar. Stroke hemoragik subaraknoid merupakan perdarahan yang terjadi di luar otak, yaitu di pembuluh darah yang berada di bawah otak atau di selaput otak. Perdarahan tersebut menekan otak yang berakibat berhentinya suplai darah ke otak (Lingga, 2013).

3. Etiologi

Penyebab stroke menurut American Heart Association, di bagi menjadi, yaitu :

1). Stroke non hemorgik

a. Thrombosis Serebral

Arterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama thrombosis serebral. Tanda – tanda thrombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak

umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif atau kejang dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral. Secara umum, thrombosis serebral tidak terjadi dengan tiba – tiba adanya kehilangan bicara sementara, hemiplegia atau parastesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

b. Embolisme Serebral

Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infektif, penyakit jantung rematik, dan infark miokard, serta infeksi pulmonal, adalah tempat – tempat asal emboli. Mungkin saja bahwa pemasangan katup jantung prostetik dapat mencetuskan stroke, karena terdapat peningkatan insidensi embolisme setelah prosedur ini. Resiko stroke setelah pemasangan katup buatan dapat dikurangi dengan terapi antikoagulan pasca operatif. Kegagalan pacu jantung, fibrilasi atrium dan kardioversi untuk fibrilasi atrium adalah kemungkinan penyebab lain dari emboli serebral dan stroke. Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang – cabangnya, yang merusak sirkulasi serebral. Awitan hemiparesis atau hemiplegia tiba – tiba dengan atau tanpa afasia atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral.

c. Iskemia Serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi atheroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak. Manifestasi paling umum adalah SIS (Serangan Iskemik Sementara).

2. Hemoragi Serebral

Hemoragi dapat terjadi diluar duramater (hemoragi ekstradural atau epidural), di bawah duramater (hemoragi subdural), di ruang subarachnoid (hemoragi subarachnoid) atau di dalam substansi otak (hemoragi intra serebral).

a) Hemoragi Ekstradural

Hemoragi ekstradural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengkan atau arteri meningen lain. Pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup.

b) Hemoragi Subdural

Hemoragi subdural (termasuk hemoragi subdural akut) pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Karenanya, periode pembentukan hematoma lebih lama (intervalnya jelas lebih lama) dan menyebabkan perdarahan pada otak. Beberapa

pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda dan gejala.

c) Hemoragi Subarachnoid

Hemoragi subarachnoid (hemoragi yang terjadi di ruang subarachnoid) dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus willisi dan malformasi arteri, vena congenital pada otak. Arteri di dalam otak dapat menjadi tempat aneurisme.

d) Hemoragi Intraserebral

Hemoragi atau perdarahan di substansi dalam otak paling umum pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral, karena perubahan degeneratif, karena penyakit ini biasanya menyebabkan rupture pembuluh darah. Stroke sering terjadi pada kelompok usia 40 sampai 70 tahun. Pada orang yang lebih muda dari 40 tahun, hemoragi intraserebral biasanya disebabkan oleh malformasi arteri – vena, hemangioblastoma, dan trauma juga disebabkan oleh tipe patologi arteri tertentu, adanya tumor otak, dan penggunaan medikasi (antikoagulan oral, amfetamin, dan berbagai obat aditif lainnya). Perdarahan biasanya arterial dan terjadi terutama sekitar basal ganglia, gambaran klinis prognosis tergantung terutama pada derajat hemoragi dan kerusakan otak. Kadang-kadang, perdarahan merobek dinding ventrikel lateral dan menyebabkan hemoragi

intraventricular yang sering fatal. Biasanya awitan tiba – tiba, dengan sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar, makin jelas deficit neurologis yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital. Pasien dengan perdarahan luas akan mengalami penurunan nyata pada tingkat kesadaran mereka dan dapat menjadi stupor atau tidak responsif sama sekali. Bila perdarahan terbatas atau terjadi bertahap, mungkin tidak ada efek tekanan yang bermakna. Sebaliknya, deficit total dapat muncul dalam beberapa jam. Penurunan nyata pada kesadaran (stupor atau koma) pada fase awal episode perdarahan biasanya mempunyai prognosis yang tidak baik. Tindakan terhadap hemoragi intraserebral masih kontroversial. Bila hemoragi kecil, pasien diatasi secara konservatif dan simptomatis. Tekanan darah diturunkan secara hati – hati dengan medikasi antihipertensif. Deficit neurologis pada pasien mungkin memburuk bila tekanan darah berkurang terlalu rendah atau terlalu cepat. Bentuk tindakan paling efektif adalah pencegahan penyakit vaskular hipertensif.

4. Resiko dan Pencegahan Stroke

a. Resiko Stroke

- 1). resiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi yaitu : usia, jenis kelamin, ras atau etnis dan riwayat keluarga
- 2). resiko stroke yang dapat di modifikasi yaitu ; hipertensi, fibrilasi atrium, merokok diabetes, hiperlipidemia, stenosis karotis, riwayat serangan iskemik sepintas dan obesitas.

b. Pencegahan Stroke Pencegahan stroke adalah kemungkinan pendekatan yang paling baik. Langkah – langkah yang dapat dilakukan untuk pencegahan adalah mengubah resiko (yang dapat di modifikasi) yaitu dengan mengubah gaya hidup dan meningkatkan pengetahuan tentang stroke.

5. Manifestasi Klinis

Stroke menyebabkan berbagai deficit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Fungsi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya.

a. Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan volunter terhadap gerakan motorik. Karena neuron motor atas melintas, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi

tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motor paling umum hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain. Di awal tahapan stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya adalah paralysis dan hilang atau menurunnya reflex tendon dalam. Apabila reflex tendon dalam ini muncul kembali (biasanya dalam waktu 48 jam pasca serangan), peningkatan tonus disertai dengan spastisitas (peningkatan tonus otot abnormal) pada ekstremitas yang terkena dapat dilihat.

b. Kehilangan komunikasi

- 1). Fungsi otak lain yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi. Stroke adalah penyebab afasia paling umum. Disfungsi bahasa dan komunikasi dapat dimanifestasikan oleh hal berikut : Disartria (kesulitan berbicara), ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralysis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- 2). Disfasia atau afasia (bicara defektif atau kehilangan bicara), yang terutama ekspresif atau reseptif.
- 3). Apraksia (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya) seperti terlihat ketika pasien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

c. Gangguan persepsi

Gangguan persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Stroke dapat mengakibatkan disfungsi persepsi visual, gangguan dalam hubungan visual-spasial dan kehilangan sensori.

d. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologik

Bila kerusakan telah terjadi pada lobus frontal, mempelajari kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, kurang motivasi, yang menyebabkan pasien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Depresi pada umumnya terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah pasien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologik lain juga umumnya terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerjasama.

e. Disfungsi kandung kemih

Setelah serangan stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urinarius sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan ketidakmampuan untuk menggunakan bedpan karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang setelah stroke kandung kemih menjadi atonik,

dengan kerusakan sensasi dalam respons terhadap pengisian kandung kemih. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan tehnik steril. Ketika tonus otot meningkat dan reflex tendon kembali, tonus kandung kemih meningkat dan spasitas kandung kemih dapat terjadi. Karena indera kesadaran pasien kabur, inkontinensia urinarius menetap atau retensi urinarius mungkin simtomatik karena kerusakan otak bilateral. Inkontinensia ani dan urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologik luas.

6. Patofisiologi stroke

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya peredaran darah ke otak. Gangguan peredaran darah otak berupa tersumbatnya pembuluh darah otak atau pecahnya pembuluh darah otak. Otak yang seharusnya mendapat pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terganggu. Stroke bukan merupakan penyakit tunggal tetapi merupakan kumpulan dari beberapa penyakit diantaranya hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus dan peningkatan lemak dalam darah atau dislipidemia. Penyebab utama stroke adalah thrombosis serebral, aterosklerosis dan perlambatan sirkulasi serebral merupakan penyebab utama terjadinya thrombus. Stroke hemoragik dapat terjadi di epidural, subdural dan intraserebral (Smeltzer

& Bare, 2002). Peningkatan tekanan darah yang terus menerus akan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah sehingga dapat terjadi perdarahan dalam parenkim otak yang bisa mendorong struktur otak dan merembes kesekitarnya bahkan dapat masuk kedalam ventrikel atau ke ruang intracranial. Ekstravasi darah terjadi di daerah otak dan subaraknoid, sehingga jaringan yang ada disekitarnya akan tergeser dan tertekan. Darah ini sangat mengiritasi jaringan otak sehingga dapat mengakibatkan penekanan pada arteri disekitar perdarahan. Bekuan darah yang semula lunak akhirnya akan larut dan mengecil karena terjadi penekanan maka daerah otak disekitar bekuan darah dapat membengkak dan mengalami nekrosis karena kerja enzim - enzim maka bekuan darah akan mencair, sehingga terbentuk suatu rongga (Smeltzer & Bare, 2002)

Gangguan neurologis tergantung letak dan beratnya perdarahan. Pembuluh darah yang mengalami gangguan biasanya arteri yang berhubungan langsung dengan otak. Timbulnya penyakit ini mendadak dan evolusinya dapat secara cepat dan konstan, berlangsung beberapa menit bahkan beberapa hari. Gambaran klinis yang sering muncul antara lain: pasien mengeluh sakit kepala berat, leher bagian belakang kaku, muntah penurunan kesadaran dan kejang. Sembilan puluh persen menunjukkan adanya darah dalam cairan serebrospinal, dari semua pasien ini 70 - 75% akan meninggal dalam waktu 130 hari, biasanya diakibatkan karena meluasnya perdarahan sampai ke sistem ventrikel, herniasi lobustemporal

dan penekanan mesensefalon atau mungkin disebabkan karena perembesan darah ke pusat pusat yang vital. Penimbun darah yang cukup banyak di bagian hemisfer serebri masih dapat ditolerir tanpa memperlihatkan gejala-gejala klinis yang nyata sedangkan adanya bekuan darah dalam batang otak sebanyak 5 ml saja sudah dapat mengakibatkan kematian (Bare & Smeltzer, 2010).

7. Penatalaksanaan Pasien Stroke Fase Akut

Pasien yang koma pada saat masuk rumah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Fase akut biasanya berakhir 48 jam sampai 72 jam pasca serangan. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini.

- a. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke massif, karena henti pernapasan biasanya yang mengancam kehidupan pada situasi ini.
- c. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan reflex jalan napas, imobilitas atau hipoventilasi.

- d. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

8. Komplikasi

Komplikasi stroke menurut Smeltzer & Bare (2002) meliputi:

- 1). Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hemotokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi jaringan.
- 2). Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.
3. Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral.

9. Pemeriksaan tambahan / laboratorium

- 1). Pemeriksaan Neuro – Radiologik

Computerized Tomography Scanning (CT- Scan), sangat membantu diagnosa dan membedakannya dengan perdarahan terutama pada fase akut. Angiografi Serebral (karotis atau vertebral) untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang pembuluh darah yang terganggu, atau bila scan tidak jelas. Pemeriksaan likuor serebrospinalis, seringkali dapat membantu membedakan infark, perdarahan otak, baik perdarahan intraserebral (PIS) maupun perdarahan subarachnoid (PSA).

2). Pemeriksaan lain – lain

Pemeriksaan untuk menemukan risiko, seperti pemeriksaan darah rutin (Hb, hematokrit, leukosit, eritrosit), hitung jenis dan bila perlu gambaran darah. Komponen kimia darah, gas elektrolit dan Elektrokardiografi (EKG).

B. Konsep Kecemasan

1. Definsi

Cemas (ansietas) adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas individu merasa tidak nyaman takut dan memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi. Kecemasan adalah gejala yang tidak spesifik dan aktivitas saraf otonom dalam berespon terhadap ketidakjelasan, ancaman tidak spesifik yang sering

ditemukan dan sering kali merupakan suatu emosi yang normal (Videbeck, 2008).

Kecemasan (ansietas/ *anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/ RTA*, masih baik) kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/ *splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Fia, 2014).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut (Videbeck, 2008), ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang:

1). Potensi stressor

Stressor psikososial merupakan setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi

2). Maturitas

Individu yang memiliki kematangan kepribadian lebih sukar mengalami gangguan kecemasan karena individu yang majur mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

3). Tingkat pendidikan dan status ekonomi

Tingkat ekonomi dan status pendidikan yang rendah pada seseorang akan mengakibatkan orang itu mudah mengalami ansietas.

4). Keadaan fisik

Seseorang yang memiliki gangguan fisik seperti cedera, operasi akan mudah mengalami kelelahan fisik sehingga lebih mudah mengalami cemas.

5). Lingkungan

Lingkungan memberikan pengaruh sosial pertama bagi seseorang dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung sifat kelompok atau lingkungan alam.

3. Bentuk Kecemasan

Cemas bisa mempengaruhi seseorang dalam berbagai bentuk. Beberapa orang menunjukkan kecemasannya secara psikologis, emosional, dan fisiologis. Cemas secara psikologis dan emosional terwujud dalam gejala-gejala kejiwaan seperti tegang, bingung, khawatir, sukar berkontraksi, perasaan tidak menentu dan sebagainya. Sedangkan secara fisiologis terwujud dalam gejala-gejala fisik terutama pada sistem saraf misalnya tidak dapat tidur, jantung berdebar-debar, gemetar, perut mual-muntah, diare, nafas sesak disertai tremor pada otot(Videbeck, 2008).

4. Tingkat Kecemasan

Kecemasan memiliki dua aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat kecemasan, lama kecemasan yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap kecemasan. Kecemasan dapat dilihat dalam rentang ringan, sedang, berat sampai panik. Setiap tingkat menyebabkan perubahan fisiologis dan emosional pada individu.

- 1). Kecemasan ringan adalah cemas yang normal menjadi bagian sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan, tetapi individu masih mampu memecahkan masalah. Cemas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas yang ditandai dengan terlihat tenang percaya diri, waspada, memperhatikan banyak hal, sedikit tidak sabar, ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rilex atau sedikit gelisah.
- 2). Kecemasan sedang adalah cemas yang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal-hal yang penting dan mengesampingkan yang tidak penting atau bukan menjadi prioritas yang ditandai dengan perhatian menurun penyelesaian masalah menurun, tidak sabar, mudah tersinggung, ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, mulai berkeringat, sering mondar-mandir, sering berkemih dan sakit kepala.
- 3). Kecemasan berat adalah cemas ini sangat mengurangi persepsi individu, cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan

spesifik, dan tidak dapat berfikir tentang hal yang lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan individu memerlukan banyak pengesahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain ditandai dengan sulit berfikir, penyelesaian masalah buruk, takut, bingung, menarik diri, sangat cemas, kontak mata buruk, berkeringat, bicara cepat, rahang menegang, menggertakkan gigi, mondar mandir dan gemetar.

- 4). Panik adalah tingkat panik dari suatu ansietas berbungan dengan ketakutan dan teror, karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan, panik melibatkan disorganisasi kepribadian, dengan panik terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang tidak dapat rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian (Stuart, 2007)

Sisi negatif kecemasan atau sisi yang membahayakan ialah rasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang nyata atau potensial. Hal ini menghabiskan tenaga, menimbulkan rasa takut, dan menghambat individu melakukan fungsinya dengan adekuat dalam

situasi interpersonal, situasi kerja, dan situasi social. Individu selalu khawatir tentang sesuatu atau semua hal tanpa alasan yang nyata, merasa gelisah lelah dan tegang(Videbeck, 2008).

5. Ciri – ciri Kecemasan

Secara klinis selain gejala cemas yang biasa, disertai dengan kecemasan yang menyeluruh dan menetap (paling sedikit berlangsung selama 1 bulan) dengan manifestasi 3 dari 4 kategori gejala berikut ini :

- 1) Ketegangan motorik/ alat gerak
 - a) Gemetar
 - b) Tegang
 - c) Nyeri otot
 - d) Letih
 - e) Tidak dapat santai
 - f) Kelopak mata bergetar
 - g) Kening berkerut
 - h) Muka tegang
 - i) Gelisah
 - j) Tidak dapat diam
 - k) Mudah kaget
- 2) Hiperaktifitas pada saraf otonom (simpatis/ parasimpatis)
 - a) Berkeringat berlebihan

- b) Jantung berdebar-debar
 - c) Rasa dingin
 - d) Telapak tangan/ kaki basah
 - e) Mulut kering
 - f) Pusing
 - g) Kepala terasa ringan
 - h) Kesemutan
 - i) Rasa mual
 - j) Rasa aliran panas/ dingin
 - k) Sering buang air seni
 - l) Diare
 - m) Rasa tidak enak di ulu hati
 - n) Kerongkongan tersumbat
 - o) Muka merah atau pucat
 - p) Denyut nadi dan nafas yang cepat pada saat istirahat
- 3) Rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang
(*Apprehensive expectation*) :
- a) Cemas, khawatir, takut
 - b) Berpikir berulang (*ruminatio*n)
 - c) Membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya atau orang lain
- 4) Kewaspadaan berlebihan

- a) Mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih
- b) Sukar konsentrasi
- c) Sukar tidur
- d) Merasa ngeri
- e) Mudah tersinggung

Salah satu instrumen untuk mengukur tingkat kecemasan adalah dengan State Trait Anxiety Inventory (STAI) form-Y. STAI disusun oleh Spielberger, Gorsuch, and Luschene pada tahun 1964, yang terdiri dari dua dimensi, yakni kecemasan sesaat (state) dan kecemasan dasar/yang menetap (trait) (Shari et al, 2014).

Penilaian atau pemakaian alat ukur ini dilakukan oleh dokter (psikiater) atau orang yang telah dilatih untuk menggunakannya melalui teknik wawancara langsung. Masing-masing nilai angka (*score*) dijumlahkan, dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang (Nursalam, 2010), yaitu:

Total Nilai (*score*):

< 6 = tidak ada kecemasan

7 – 14 = kecemasan ringan

15 – 27 = kecemasan sedang

> 27 = kecemasan berat

(State-Trait Anxiety Inventory oleh (Spielberger,C.D. 1983,
Shari, et al. (2014)

- a. Saya merasa senang
- b. Saya merasa gugup dan gelisah
- c. Saya merasa puas dengan diri sendiri
- d. Saya berharap saya bisa gembira seperti yang dirasakan orang lain
- e. Saya merasa gagal
- f. Saya merasa tegang
- g. Saya sabar, tenang
- h. Saya merasa beban saya menumpuk
- i. Saya terlalu khawatir terhadap sesuatu
- j. Saya bahagia
- k. Ada yang mengganggu pikiran
- l. Saya kurang percaya diri
- m. Saya merasa aman
- n. Saya mudah membuat keputusan
- o. Saya merasa tidak pernah Cukup
- p. Saya puas sekali
- q. Beberapa hal sepele terus menerus ada di pikiran
- r. Saya orang yang mantap

- s. Saya menjadi tegang atau kacau ketika terlalu memusatkan perhatian

C. Aromaterapi

1. Definisi

Kata aromaterapi berarti terapi dengan memakai minyak esensial yang ekstrak dan unsur kimianya diambil dengan utuh. Aromaterapi adalah bagian dari ilmu herbal herbalism (Poerwadi, 2006). Sedangkan menurut (Sharma, 2009) aromaterapi berarti ‘pengobatan menggunakan wangi-wangian’. Istilah ini merujuk pada penggunaan minyak esensial dalam penyembuhan holistik untuk memperbaiki kesehatan dan kenyamanan emosional dan dalam mengembalikan keseimbangan badan. Terapi komplementer (pelengkap), seperti homoeopati, aromaterapi dan akupunktur harus dilakukan seiring dengan pengobatan konvensional. Tumbuhan aromatik menghasilkan minyak aromatik. Apabila disuling, senyawa yang manjur ini perlu ditangani secara hati-hati. Sebagian besar senyawa ini akan menimbulkan reaksi kulit, tetapi jika digunakan secara tepat, senyawa ini memiliki nilai terapeutik. Senyawa ini dapat dihirup, digunakan dalam kompres, dalam air mandi, atau dalam minyak pijat (Jones, 2006).

Poerwadi, (2006) mengatakan bahwa tanaman terapeutik yang beraroma mengandung minyak esensial di tubuhnya. Struktur minyak esensial sangatlah rumit, terdiri dari berbagai unsure senyawa kimia yang

masing-masing mempunyai khasiat terapeutik serta unsure aroma tersendiri dari setiap tanaman. Berdasarkan pengalamanlah, para ahli aromaterapi menentukan secara tepat bagian tanaman yang terbaik. Esensial oil citrus paradise (grapefruit) memiliki aromaterapi yang pengaruh dalam menurunkan tingkat ansietas (Julianto, 2014). Aromaterapi atau esensial oil dari grapefruit ini juga berfungsi menyeimbangkan, mengatur, emosi (Hanger, 2015). Grapefruit (Citrus paradisi) Minyak esensial grapefruit diekstraksikan dari kulit jeruk grapefruit. Minyak grapefruit dilaporkan bersifat antiseptik, diuretik, pembersihan, dan tonik ke sistem saraf pusat dan sistem saraf simpatik. Penggunaan emosi berhubungan dengan kualitas yang mengangkat dan menghidupkan kembali. Ini digunakan untuk depresi, kelelahan saraf, cemas dan stress (Ransom, 2008).

2. Mekanisme Aromaterapi

Efek fisiologis dari aroma dapat dibagi menjadi dua jenis : mereka yang bertindak melalui stimulasi sistem saraf dan organ-organ yang bertindak langsung pada organ atau jaringan melalui effector-receptor. Aromaterapi didasarkan pada teori bahwa inhalasi atau penyerapan minyak esensial memicu perubahan dalam sistem limbik, bagian dari otak yang berhubungan dengan memori dan emosi. Hal ini dapat merangsang respon fisiologis saraf, endokrin atau sistem kekebalan tubuh, yang

mempengaruhi denyut jantung, tekanan darah, pernafasan, aktifitas gelombang otak dan pelepasan berbagai hormon di seluruh tubuh mekanisme (Hongratanaworakit, 2007).

3. Aplikasi Minyak Esensial Agar Diserap Oleh Tubuh

Menurut (Poerwadi, 2006) aroma dan kelembutan minyak esensial dapat mengatasi keluhan fisik dan psikis. Minyak esensial diserap oleh tubuh melalui 2 cara yaitu :

a. Melalui indra penciuman

Yang paling sederhana adalah melalui indra penciuman, dengan mencium aroma dari minyak esensial. Oleh sebab itu terapi ini disebut aromaterapi. Indra penciuman yang merangsang daya ingat kita yang bersifat emosional dengan memberikan reaksi fisik berupa tingkah laku. Aroma yang sangat lembut dan menyenangkan dapat membangkitkan semangat maupun perasaan tenang dan santai. Akses lewat jalur nasal jelas merupakan cara yang paling cepat dan efektif untuk pengobatan permasalahan emosional seperti stres serta depresi (dan juga beberapa tipe nyeri kepala). Hal ini terjadi karena hidung mempunyai hubungan langsung dengan otak yang bertanggung jawab dalam memicu efek minyak esensial tanpa memedulikan jalur yang dipakai untuk mencapai otak. Hidung sendiri bukan organ pembau tetapi mengubah suhu serta kelembaban udara yang dihirup dan

mengumpulkan setiap benda asing yang terhirup masuk bersama udara pernapasan. Kalau minyak esensial dihirup, molekul-molekul atsiri dalam minyak tersebut akan terbawa oleh arus turbulen ke langit-langit hidung. Pada langit-langit hidung terdapat bulu-bulu halus (silia) yang menjulur dari sel-sel reseptor ke dalam saluran hidung. Kalau molekul minyak terkunci pada bulu-buli ini, suatu pesan elektromagnetik (implus) akan ditransmisikan lewat bulbus olfaktorius dan traktus olfaktorius ke dalam sistem limbik. Proses ini akan memicu respons memori dan emosional yang lewat hipotalamus yang bekerja sebagai pemancar serta regulator menyebabkan pesan tersebut dikirim ke bagian otak yang lain badan bagian tubuh lainnya. Pesan yang diterima akan diubah menjadi kerja sehingga terjadi pelepasan zat-zat neurokimia yang bersifat euforik, relaksan, sedatif atau stimulan menurut keperluannya.

4. Konsep Terapi Okupasi

a. Definisi

Terapi Okupasi menurut Soeharso adalah suatu terapi yang berdasar atas occupation atau gerak di dalam suatu pekerjaan. Pada kegiatan terapi okupasi berusaha atau mencapai perbaikan dari kelainan dengan jalan memberikan pekerjaan pada penderita (Sujarwanto, Siti M 2008)

terapi okupasi adalah terapi yang melatih gerakan halus dari tangan dan integrasi dari gerakan dasar yang sudah dikuasai melalui permainan dan alat – alat yang sesuai (Irawan, 2016).

Tujuan terapi okupasi adalah mengembalikan fungsi fisik serta motorik baik motorik halus maupun motorik kasar, mental, sosial, dan emosi, dengan mengembangkannya seoptimal mungkin serta memelihara fungsi yang masih baik dan mengarahkannya sesuai dengan keadaan individu agar dapat hidup yang layak di masyarakat (Danuatmaja, 2004).

Latihan okupasi memindahkan kacang dikaitkan tekanan darah tinggi setelah stroke dengan hasil yang buruk. Namun, latihan olahraga atau terapi wicara untuk pasien stroke dapat meningkatkan tekanan darah. penelitian ini adalah untuk memeriksa respon kardiovaskular selama latihan memindahkan kacang yang digunakan dalam terapi okupasi dan untuk mempelajari pengaruh karakteristik psikologis pada respon kardiovaskular selama latihan ini. Dalam latihan atihan memindahkan kacang terjadi reaksi pada Tekanan darah sistolik , tekanan darah diastolik, dan tekanan darah rata-rata (Lokawa, 2017).

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

G. Pengkajian Kasus.....	37
H. Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas.....	64
I. Intervensi Inovasi.....	64
J. Intervensi Keperawatan.....	67
K. Implementasi keperawatan	76
L. Evaluasi.....	100

BAB IV ANALISIS SITUASI

E. Profil Lahan Praktek.....	112
F. Analisa Masalah keperawatan dengan Konsep terkait dan Konsep Kasus Terkait.....	115
G. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....	122
H. Alternatif yang dapat dilakukan.....	128

SILAHKAN KUNJUNGI

PERPUSTAKAAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Kasus kelolaan pada Ny. E dengan diagnosa medis Stroke didapatkan hasil sebagai berikut:
 - a. Keluhan utama yang dihasilkan dari pengkajian dan kuesioner kecemasan diagnosa keperawatan yang muncul adalah Ansietas dengan faktor krisis situasi yang menjadi faktor risiko reaktivitas kardiovaskuler yang dapat langsung diatasi, diagnosa kedua resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor risiko hipertensi, hiperkolesterolemia, dan DM, ketiga hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler kelemahan, ke – empat defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromusculer (kelemahan), ke – lima Resiko jatuh behubungan dengan Gangguan mobilitas.
 - b. Evaluasi proses selama perawatan 4 hari dari masalah keperawatan yang muncul diantaranya masalah Ansietas dengan faktor krisis situasi yang menjadi faktor risiko reaktivitas kardiovaskuler yang dapat langsung diatasi, diagnosa kedua resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor risiko hipertensi, hiperkolesterolemia, dan DM, ketiga hambatan mobilitas fisik

berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler kelemahan, ke – empat defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromusculer (kelemahan), ke – lima Resiko jatuh berhubungan dengan Gangguan mobilitas.

- c. Hasil analisa penerapan latihan gerak pada Ny. E selama 4 hari sebanyak satu kali sehari didapatkan adanya pengaruh terhadap reaktivitas kardiovaskuler dan kecemasan yang dinilai dari pengukuran pre dan post pada Tekanan darah sistolik dan diastolic, nadi, dan MAP katagori kecemasan dengan pemberian terapi stimulasi aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi.

B. Saran

1. Bagi Perawat

Perawat sebaiknya memberikan edukasi kesehatan dan menerapkan latihan stimulasi aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi terhadap reaktivitas jantung dan kecemasan terkait pada pasien stroke, pencegahan dan penatalaksanaan kepada pasien dan keluarga memberikan edukasi yang diberikan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan mempertimbangkan keadaan saat pasien pulang ke rumah dan pemberian edukasi sebaiknya selama pasien dirawat sehingga dapat dievaluasi. Perawat juga perlu memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk mematuhi penatalaksanaan untuk penyakit

stroke. Perawatan yang diberikan diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup penderita stroke.

2. Bagi Pasien

Pasien sebaiknya mengubah gaya hidup lebih sehat, aktifitas fisik yang teratur, pola makan yang teratur, mematuhi program pengobatan, rutin kontrol ke rumah sakit. Melakukan latihan sendiri di rumah pasca pulang dari rumah sakit sangat baik untuk penderita stroke.

3. Bagi Rumah Sakit dan Keluarga dan Masyarakat

Penulis berharap pemberian menerapkan latihan stimulasi aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi terhadap reaktivitas jantung dan kecemasan dalam tulisan ini nantinya menjadi salah satu alternatif yang direkomendasikan dan dapat dilaksanakan di ruang perawatan pasien stroke, juga dukungan keluarga yang kuat mampu mempercepat pemulihan pasien stroke, diharapkan keluarga dapat memotivasi penderita stroke untuk rutin melakukan latihan serta untuk masyarakat guna meningkatkan kualitas hidup pasien stroke dan meminimalkan komplikasi yang terjadi

4. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan masukan dalam proses belajar mengajar terutama melalui penelitian, mengenai pengaruh stimulasi aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi terhadap reaktivitas jantung dan kecemasan pada penderita stroke yang menjalani rehabilitasi.

5. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Sebagai bahan acuan bagi peneliti/penulis selanjutnya dalam mengembangkan pemberian stimulasi aromaterapi grapefruit dengan latihan okupasi terhadap reaktivitas jantung dan kecemasan pada pasien stroke ataupun pasien dengan penyakit lainnya serta memperhatikan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pada pasien stroke yang mengalami kecemasan dan kelemahan pada bagian ekstremitas, yang dapat menjadi landasan ilmu pengetahuan bagi perawat untuk bisa menerapkan tindakan keperawatan tersebut saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Daftar Pustaka

Adrian, G.J. (2013). *Stroke Esensial Edisi Kedua*. Jakarta : PT. Indeks

Anwar, A.H., Setyonegoro, K. 2009. *Sebuah Pandangan Konsepsual DalamAnxietas*. Jakarta: Yayasan Dharma Usada

Allan H. Ropper, Robert H.Brown. 2005.*Pain and Other Disorders Of Somatic Sensation, Headache, and Backache in: Adams and Victor's Principles of Neurology*, McGraw-Hill Companies, Inc

Arini, N. F. (2017). *Perubahan tanda vital sebagai gejala rasa cemas sebelum melakukan tindakan pencabutan gigi pada mahasiswa profesi klinik bedah malus*. e – jurnal pustaka kesehatan. Vol. 5. No 2

Arwani.(2013). *Pengaruh pemberian arimaterapi terhadap tingkat kecemasan*. Prosiding konferensi nasional PPNI Jawa Tengah

Asher, H. P. (2016). *Gambaran persepsi faktor risiko jatuh pada lansia*.Skripsi. Jakarta. Progam studi ilmu keperawatan. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatulah

Bare BG., Smeltzer SC. (2010).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta

Buku Ajar Keperawatan MedikalBedah Brunner dan Suddarth(Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo (dkk), EGC, Jakarta.EGC.

Charlish, A., Davies, K. 2005. *Meningkatkan Kesuburan untuk kehamilan Alami*.Erlangga. Jakarta

Danuatmaja, Bonny. 2004. *Terapi Anak Autis Di Rumah*. Jakarta: Puspa Swara.

Dorotin, R. (2017). Analisis of predictive factors of mortality in hemorrhagic stroke. Tesis. Malang. Program studi magister keperawatan fakultas kedokteran. Universitas Brawijaya

Ginsberg L., 2008. *Lecture Notes Neurology*. Jakarta: Erlangga.

Handayani, G. (2016). *Pengaruh Aktivitas Berlari Terhadap Tekanan Darah Dan Suhu Pada Pria Dewasa Normal*. Jurnal e-Biomedik (eBm), Volume 4, Nomor 1, Januari-Juni

Hongratanaworakit, T., Buchbauer, G. (2007) *Chemical Compositions and Stimulating Effects of Citrus Hystrix Oil on Humans, Flavour and Fragrance Journal*, 22: 443-449

Isnaini, N. O. (2014). Pelaksanaan terapi okupasi implikasi dalam pembelajaran pada anak cerebral palsy jenis spastik. Jurnal ortopedagogia. Vol. 1, nomor 2; 146 – 152

Jones, Derek Ilewelyn. 2009. Panduan terlengkap tentang kesehatan, kebidanan dan kandungan. Jakarta. Delaprastra

Julianto, D. R. (2014). *Pengaruh citrus aroma terapi terhadap ansietas pasien preoperasi bedah mayor*. Jurnal keperawatan Sriwijaya, vol, 1 – nomor 1, ISSN No 23555459

Kemenkes RI. 2017. <http://p2ptm.kemkes.go.id/artikel-sehat/germas-cegah-stroke>. Diakses tgl. 27 Desember 2017

Kustiawan, R. (2014). *Gambaran tingkat kecemasan pada pasien stroke iskemik*. Jurnal kesehatan bakti tunas husada. Vol. 12. Nomor 1

Laulo, A. (2016). *Gambaran profil lipid pada pasien stroke iskemik dan stroke hemoragik*. Jurnal e – clinic. Vol. 4. Nomor 2

Lauralee Sherwood. *Fisiologi Manusia Edisi 6* ; 2013.Jakarta : ECG.p. 717

Lingga, Lanny. 2013. *All About Stroke Hidup sebelum dan pasca Stroke*, Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Lokawa, K, et, al. (2017). *Cardiovascular responses associated with the moving been task influence of psychological characteristic*. National stroke association published by elsever

Manurung, A. W. (2015). *Perencanaan RSUD kelas (non pendidikan) kota tanjungbalai*. Jaournal - Universitas islam negeri maulana malik Ibrahim

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

Nichols, Hannah. (2017). *Can essential oils treat depression*. www.Medicalnewstoday.com/articles/medicalnewstoday

Nursalam. 2010. *Konsep dan penerapanmetodelogi penelitian ilmu keperawatan*.Jakarta: Salemba medika.

Poerwadi, R. 2006. *Aromaterapi Sahabat Calon Ibu*.Jakarta: Dian Rakyat.

Purwanti, Okti S. 2008. *Rehabilitasi Pasca Stroke*, Jurnal Berita Ilmu Keperawatan. Vol. 1, No. 1, Maret 2008: 43

Ransom, S. (2008). *Evaluation of aromatherapy in institutional elder care settings*. Collage of heath professions. Texas state, university san marcos – Texas

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*

Shari,et al.(2014).*Emotional Freedom Techniques dan Tingkat KecemasanPasien Yang Akan Menjalani Percutaneus Coronary Intervention*.JurnalKeperawatan,2 (3), 133-145.

Sharma S. 2009. *Aroma Therapy*.Terjemahan Alexander Sindoro. Jakarta: Kharisma Publishing Group.

Shepard – Hanger. S. (2015).*The importance of safety when using aromatherapy*.International journal of childbirth education

Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G, 2002

Stuart, G.W.(2007).*BukuSaku Keperawatan JiwaEdisi 5*. Jakarta: EGC.

Videbeck, Sheila L,. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Jakarta: EGC.

Zahro, K. F., Wahjudi, P., Ramani, A. 2014. *Gambaran Pemanfaatan Pengobatan Alternatif Pada Penderita Stroke di Kabupaten Jember. Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa 2014* .Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Jember.