



**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISKEMIK PADA
Tn. Mn DAN Tn. Mh DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PERFUSI JARINGAN SEREBRAL
DI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh :

Bram Satya Nugroho

NPM 162303101023

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISKEMIK PADA
Tn. Mn DAN Tn. Mh DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PERFUSI JARINGAN SEREBRAL
DI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2019**

LAPORAN TUGAS AKHIR

*Dianjukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan program studi ilmu keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan.*

Oleh :

Bram Satya Nugroho

NPM 162303101023

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Karya Tulis ini persembahkan untuk:

1. Keluarga besar Ayahanda AIPTU Bambang Handoyo dan Ibunda Nik Hayati S.Pd yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesainya laporan tugas akhir ini.
2. Guru-guru mulai dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi yang telah memberikan banyak ilmu yang bermanfaat.
3. Seluruh staf, dosen dan civitas akademika yang telah membimbing, serta memberikan motivasi selama menjalani proses pendidikan di perguruan tinggi.

MOTO

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan.” (QS Al Insyirah 5)

atau

“Menyia-nyiakan waktu lebih buruk dari kematian. Karena kematian memisahkanmu dari dunia sementara menyia-nyiakan waktu memisahkanmu dari Allah.” (Imam bin Al Qoyim)



SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bram Satya Nugroho

NIM : 162303101023

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “*Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 25 November 2019

Yang menyatakan,

Bram Satya Nugroho

NIM. 162303101023

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN STROKE ISKEMIK PADA
Tn. Mn DAN Tn. Mh DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
PERFUSI JARINGAN SEREBRAL
DI RSUD dr. HARYOTO
LUMAJANG
TAHUN 2019**

Oleh

Bram Satya Nugroho

NIM 162303101023

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD Haryoto Lumajang Tahun 2019” telah disetujui pada:

hari, tanggal : 25 November 2019

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus
Lumajang

Dosen Pembimbing

Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 19751004 200801 2 2016

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019” karya Bram Satya Nugroho telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal :

tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus

Lumajang

Ketua Penguji,

Achlish Abdillah, SST., M.Kes

NIP. 19720323 200003 1 003

Anggota I,

Anggota II,

Musviro, S.Kep., Ners., M.Kes

NRP. 760017243

Laili Nur Azizah, S.Kep., Ners., M.Kep

NIP. 19751004 200801 2 2016

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi D3 Keperawatan
Universitas Jember Kampus Lumajang

Nurul Hayati, S. Kep. Ners., MM.

NIP. 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Stroke pada Tn. M dan Tn. M dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2019. Bram Satya Nugroho. 162303101023; 2019; 100 Halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Stroke adalah penyebab kematian tertinggi di wilayah perkotaan yang jumlahnya mencapai 15,9 persen dari proporsi penyebab kematian di Indonesia. Stroke tergolong dalam cerebrovaskuler disease (CVD) yang merupakan penyakit gawat darurat dan membutuhkan pertolongan secepat mungkin. Stroke terjadi karena terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian. Insiden pada stroke hemoragik intrakranial sebesar 15% yang terdiri dari intraserebral 10% dan subaraknoid 5%, sedangkan sisanya 85% disebabkan oleh stroke iskemik yang terdiri dari serangan iskemik sepintas (Transient Ischemic Attack/TIA) sebesar 40%, trombosis serebri 20%, emboli serebri 20%, dan penyebab lainnya, seperti vaskulitis otak dan hipoperfusi serebral, sebesar 5%. TIA merupakan penyebab stroke terbesar jika dilihat dari jumlahnya.

Penulisan laporan tugas akhir ini menggunakan desain laporan kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Stroke Pada Tn. M dan Tn. M dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Kepada kedua pasien yang mengalami masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral dilakukan asuhan keperawatan dengan intervensi utama terapi latihan kontrol otot yang didalamnya terdapat intervensi latihan ROM (*Range of Motion*).

Hasil yang didapatkan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan kepada pasien adalah pada hari ketiga didapatkan hasil tujuan tercapai sebagian pada kedua klien. Dimana pada kedua klien terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas bawah. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi pengaturan posisi dan terapi latihan kontrol otot dapat membantu mengurangi masalah hambatan mobilitas fisik pada klien Stroke.

Saran bagi penulis selanjutnya dalam perawatan pasien stroke dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral agar menambah porsi latihan ROM. Untuk perawat diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan ROM setelah masa akut terlewati. Untuk pasien dan keluarga selama di rumah diharapkan untuk melatih secara rutin agar kekuatan otot pasien meningkat.

SUMMARY

Nursing Care for Stroke of Mr. M and Mr. M with the Nursing Problem of Ineffective Cerebral Tissues Perfusion at dr. Haryoto Regional Public Hospital in Lumajang in 2019. Bram Satya Nugroho. 162303101023; 2019; 100 Pages; Faculty of Nursing University of Jember.

Stroke is the leading cause of death in urban area that reaches 15.9 percent of the proportion of death causes in Indonesia. Stroke is categorized as cerebrovascular disease (CVD) which is an emergency disease that needs immediate help. Stroke occurs due to obstruction of blood flow to the brain because of bursts (hemorrhagic stroke) or clot (ischemic stroke) followed by the symptoms and sign based on which part of the brain attacked, which can totally heal, heal with disability, or death. The incident of intracranial hemorrhagic stroke is 15% consisting of 10% intracerebral, 5% subarachnoid, and the rest of 85% are caused by ischemic stroke which consists of Transient Ischemic Attack (TIA) as many as 40%, cerebral thrombosis of 20%, cerebral embolism of 20%, and other causes such as brain vasculitis and cerebral hypoperfusion by 5%. TIA is the greatest cause of stroke if it is seen from the number of incidents.

The writing of this final assignment used case report design aimed at exploring the nursing care of stroke of MR. M and Mr. M with the nursing problem of ineffective cerebral tissue perfusion. Data collection was done through interview, physical check up, and observation. Both patients who got nursing problem of ineffective cerebral tissue perfusion received nursing care with main intervention of muscle-control exercise therapy where Range of Motion exercise included within it.

The results obtained by the writer after conducting nursing care to the patients in the third day were the goal was partially achieved on both clients. There was an increased strength of lower limb muscles on both patients. This showed that the intervention of position adjustment and muscle-control exercise therapy helped reducing the problem of physical mobility obstacle on stroke clients.

The suggestion for further writer is that in nursing care of stroke patients with the nursing problem of ineffective cerebral tissue perfusion, they should add more portion of ROM exercise. For nurses, they are expected to be able to improve the implementation of ROM after passing acute period. For the patients and his or her family, they are expected to regularly train the patient at home so that the patient's muscle strength increased.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karnia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”. Laporan tugas akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) pada Jurusan D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan laporan tugas akhir ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M. Sc., Ph. D., selaku Rektor Universitas Jember;
2. Ibu Lantin Sulistyorini, S. Kep. Ners., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ibu Nurul Hayati, S. Kep. Ners., MM., selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember;
4. Laili Nur Azizah, S.Kep.Ners., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan laporan tugas akhir ini;
5. Ns. Zainal Abidin, M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
6. Sahabat-sahabatku Inaka Putri, Eva Setyowati Astuti, Bella Kurnia Amanda, dan Salsabila Iftinan yang selalu memberikan dukungan untuk menyelesaikan Karya Tulis ini;
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini yang pada akhirnya penulis berharap semoga laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat.

Lumajang, Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
SURAT PERNYATAAN	v
PERSETUJUAN PEMBIMBING	vii
PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Penyakit Stroke	5
2.1.1 Definisi	5
2.1.2 Klasifikasi Stroke	5
2.1.3 Penyebab Stroke.....	7
2.1.4 Faktor Risiko Stroke	9
2.1.5 Patofisiologi	11
2.1.6 Gambaran Klinis	14
2.1.7 Penatalaksanaan Stroke.....	16
2.1.8 Komplikasi	18
2.1.9 Dampak/Akibat Stroke.....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral	22
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	31
2.2.3 Intervensi Perfusi Jaringan Serebral (NOC)(Moorhead et al., 2016)	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	36
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	37
BAB 3. METODE PENULISAN	38
3.1 Desain Penulisan	38
3.2 Batasan Istilah	38
3.3 Partisipan	38
3.4 Lokasi dan Waktu	39
3.5 Pengumpulan Data	39

3.5.1 Pengumpulan Data	39
3.6 Uji Keabsahan Data	40
3.7 Analisis Data	40
3.8 Etika Penulisan	41
BAB 4. PEMBAHASAN	45
4.1 Gambaran Lokasi Studi Kasus	45
4.2 Karakteristik Klien	45
4.3 Hasil Pembahasan Asuhan Keperawatan	46
4.3.1 pengkajian	46
4.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	80
4.3.3 Implementasi Keperawatan.....	84
BAB 5. PENUTUP.....	97
5.1 Kesimpulan	97
5.1.1 Pengkajian.....	97
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	97
5.1.3 Intervensi keperawatan.....	97
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	98
5.2 Saran.....	98
5.2.1 Bagi Penulis	98
5.2.2 Bagi Perawat	98
5.2.3 Bagi Keluarga.....	98
5.2.4 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang.....	99
5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya.....	99
DAFTAR PUSTAKA	100

DAFTAR GAMBAR

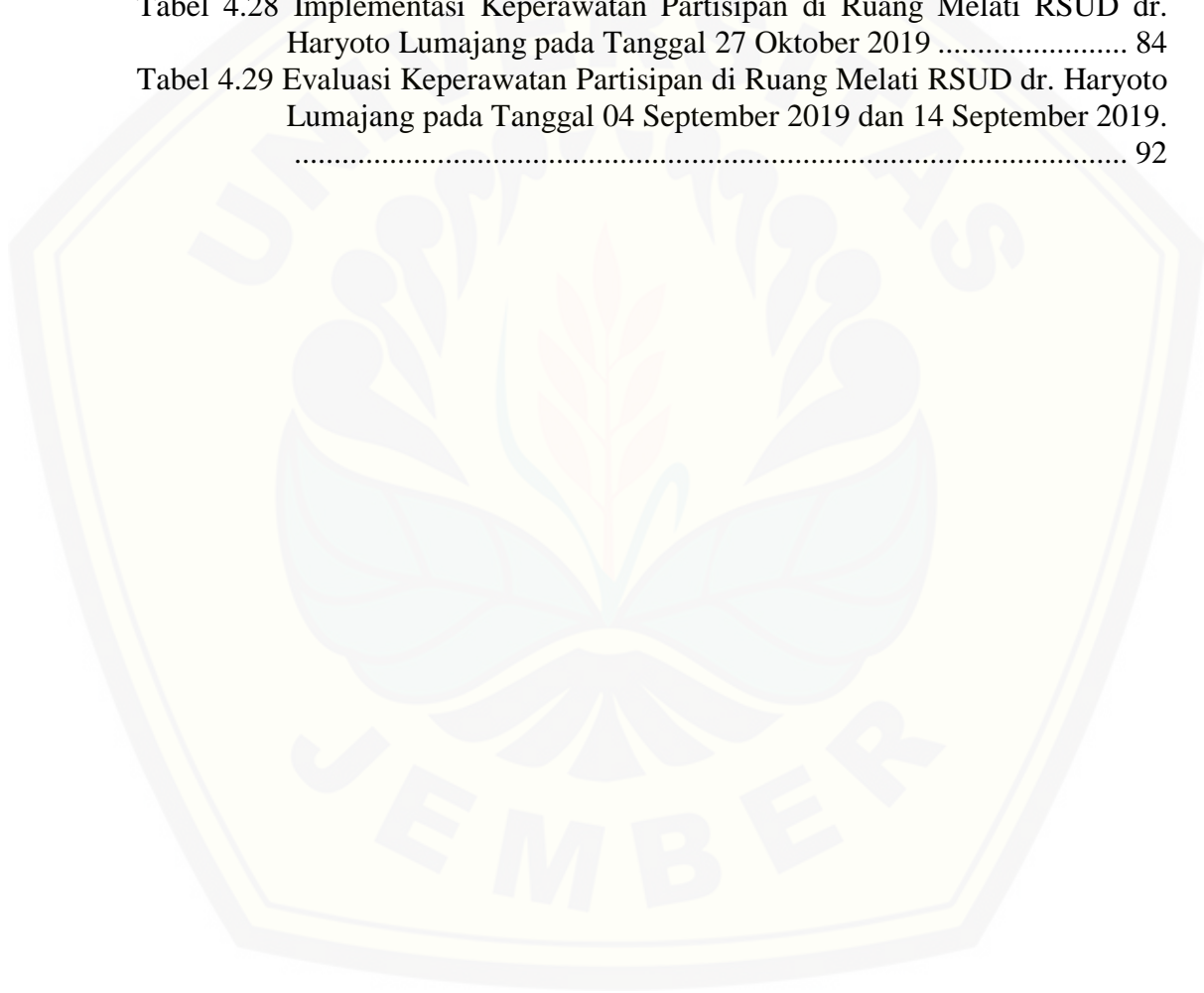
Gambar 2.1 (Muttaqin 2008)..... 13



DAFTAR TABEL

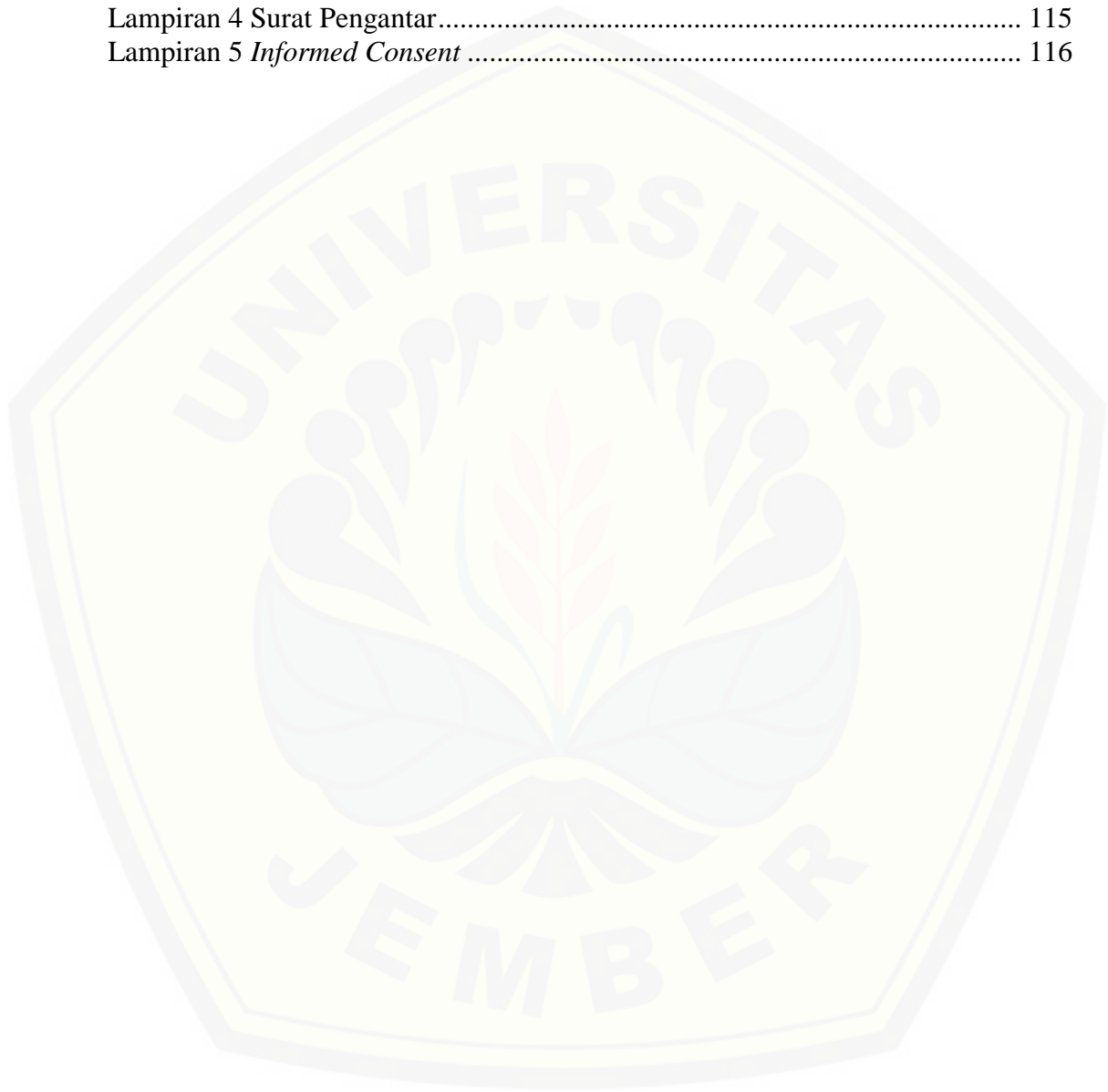
Tabel 4.1	Identitas partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.....	46
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	47
Tabel 4.3	Pola Kesehatan Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	48
Tabel 4.4	Pola Nutrisi dan Metabolik Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	49
Tabel 4.5	Pola Eliminasi Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	51
Tabel 4.6	Pola Istirahat Tidur Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	52
Tabel 4.7	Pola Istirahat Tidur Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	54
Tabel 4.8	Pola Pengetahuan dan Persepsi Sensori Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	55
Tabel 4.9	Pola Hubungan Interpersonal dan Peran Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	57
Tabel 4.10	Pola Konsep Diri Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019	59
Tabel 4.11	Pola Reproduksi dan Seksual Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	60
Tabel 4.12	Pola Penanggulangan Stress Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	61
Tabel 4.13	Pola Tata Nilai dan Kepercayaan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada tanggal 27 oktober 2019.....	62
Tabel 4.14	Pemeriksaan Fisik Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	63
Tabel 4.15	Pemeriksaan Fisik Kepala Sampai Leher Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada 27 Oktober 2019.	64
Tabel 4.16	Pemeriksaan Fisik Integumen/ Kulit dan Kuku Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 oktober 2019	65
Tabel 4.17	Pemeriksaan Fisik Paru Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019	65
Tabel 4.18	Pemeriksaan Fisik Kardiovaskuler Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 oktober 2019.....	67
Tabel 4.19	Pemeriksaan Fisik Abdomen Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 oktober 2019	68
Tabel 4.20	Pemeriksaan Fisik Muskuloskeletal Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 oktober 2019	68
Tabel 4.21	Pemeriksaan Fisik Sistem Persarafan Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	69

Tabel 4.22 Pemeriksaan Diagnostik Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	75
Tabel 4.23 Terapi Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	77
Tabel 4.24 Batasan Karakteristik.....	78
Tabel 4.25 Analisa Data Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	78
Tabel 4.26 Diagnosa Keperawatan Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	80
Tabel 4.27 Intervensi Keperawatan Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019.	81
Tabel 4.28 Implementasi Keperawatan Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 27 Oktober 2019	84
Tabel 4.29 Evaluasi Keperawatan Partisipan di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada Tanggal 04 September 2019 dan 14 September 2019.	92



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah	103
Lampiran 1 SAP	104
Lampiran 3 Surat Ijin Pengambilan Pasien	114
Lampiran 4 Surat Pengantar	115
Lampiran 5 <i>Informed Consent</i>	116



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah penyebab kematian tertinggi di wilayah perkotaan yang jumlahnya mencapai 15,9 persen dari proporsi penyebab kematian di Indonesia. Stroke tergolong dalam cerebrovaskuler disease (CVD) yang merupakan penyakit gawat darurat dan membutuhkan pertolongan secepat mungkin. Stroke terjadi karena terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke iskemik) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian. Insiden pada stroke hemoragik intrakranial sebesar 15% yang terdiri dari intraserebral 10% dan subaraknoid 5%, sedangkan sisanya 85% disebabkan oleh stroke iskemik yang terdiri dari serangan iskemik sepintas (Transient Ischemic Attack/TIA) sebesar 40%, trombosis serebri 20%, emboli serebri 20%, dan penyebab lainnya, seperti vaskulitis otak dan hipoperfusi serebral, sebesar 5%. TIA merupakan penyebab stroke terbesar jika dilihat dari jumlah insidennya (Fadhilah & Notobroto, 2016).

Setiap tahun, hampir 700.000 orang di Amerika mengalami stroke, dan stroke mengakibatkan hampir 150.000 kematian. Pada tahun 2013 di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke dan setiap detik terjadi kematian akibat stroke. Yayasan Stroke Indonesia menyatakan bahwa masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita Stroke di Indonesia terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia (Mardhiah et al., 2015). Di Indonesia stroke merupakan pembunuh nomor tiga dengan angka mortalitas sebesar 138.268 (9,7%) (*Health Profile Indonesia*, 2011 dalam Mardhiah et al., 2015). Peningkatan prevalensi stroke di Indonesia, dari 8,3 per 1000 penduduk (per mil) pada tahun 2007 menjadi 12,1 per 1000 penduduk pada tahun 2013. Sedangkan di Jawa Timur juga prevalensi stroke masih cukup tinggi yaitu 0,8 % (Sari et al., 2017). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis, jumlah penderita stroke di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang pada bulan Agustus sampai Desember 2016 sebanyak 165

orang, dan pada bulan Januari sampai Mei 2017 yaitu 56 pasien, sedangkan pada 1 Januari sampai 17 Juli 2018 yaitu 175 orang, serta jumlah penderita stroke iskemik mulai bulan Januari sampai 17 Juli 2018 yaitu 51 pasien, dan sisanya stroke secara umum tanpa identifikasi stroke hemoragik maupun iskemik. Sedangkan pada 1 Januari sampai 31 Maret 2019 didapatkan jumlah penderita stroke yaitu 55 pasien, stroke iskemik mulai bulan Januari sampai Maret sebanyak 15 pasien, stroke hemoragik sebanyak 9 pasien, sedangkan yang lainnya stroke secara umum tanpa identifikasi stroke iskemik maupun hemoragik.

Faktor yang menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya atau menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian (Ariani, 2012). Penyebab gangguan perfusi jaringan adalah suatu penurunan jumlah oksigen yang mengakibatkan kegagalan untuk memelihara jaringan pada tingkat perifer. Ketidakefektifan perfusi jaringan disebabkan oleh trombus dan emboli yang akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus berlanjut maka jaringan tersebut akan mengalami infark (Ester, 2010). Pada gangguan perfusi serebral dijumpai adanya Peningkatan Tekanan Intra Kranial (PTIK) dengan tanda klinis berupa nyeri kepala yang tidak hilang-hilang dan semakin meningkat, penurunan kesadaran, dan muntah proyektil. PTIK merupakan kasus gawat darurat dimana cedera otak Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa defisit neurologik atau kelumpuhan saraf (Dinata et al., 2013). Berkurangnya kontraksi otot disebabkan karena berkurangnya suplai darah ke otak yang dapat menyebabkan suplai oksigen ke otak berkurang, sehingga dapat menghambat hantaran jaras-jaras utama antara otak dan medula spinalis. Adanya kekurangan oksigen ditandai dengan hipoksia yang dalam proses lanjut dapat menyebabkan kematian jaringan

bahkan dapat mengancam kehidupan (Anggraini dan Hafifah, 2014 dalam (Nuraeni, 2017). Penurunan jumlah oksigen mengakibatkan kegagalan untuk memelihara jaringan pada tingkat perifer sehingga terjadi gangguan perfusi jaringan (Nuraeni, 2017).

Dalam menangani masalah klien dengan stroke diperlukan juga peran perawat untuk memberikan dukungan dan asuhan keperawatan pada klien stroke dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan serebral dapat diatasi dengan memonitor tekanan intracranial yaitu dengan memberikan manajemen edema serebri, monitor neurologi. Berdasarkan jurnal penelitian oleh Murtaqib (2013), penderita stroke harus dimobilisasi sedini mungkin ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik penderita sudah mulai stabil. Mobilisasi dilakukan secara rutin dan terus menerus untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke, terutama kontraktur dan darah beku. Mobilisasi pada penderita stroke bertujuan untuk mempertahankan range of motion (ROM) untuk memperbaiki fungsi pernafasan, sirkulasi peredaran darah, mencegah komplikasi dan memaksimalkan aktivitas perawatan diri. Bentuk mobilisasi yang dapat diberikan salah satunya adalah dengan melakukan latihan ROM (Murtaqib, 2013)

Diharapkan juga peran perawat dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif menurut Wilkinson & Ahern (2015) yakni, menurunkan peningkatan intrakranial, pemantauan neurologis dan manajemen sensasi perifer untuk mencegah atau meminimalkan cedera serta meminimalkan komplikasi neurologis , dan juga dilakukannya fokus intervensi menurut Bulechek et al (2016) yakni manajemen adema serebri dan monitor neurologi.

Dari fenomena diatas penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan pada klien Stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang Ruang Melati Tahun 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Tn. Mn Dan Tn. Mh Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019?

1.3 Tujuan Penulisan

Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Tn. Mn Dan Tn. Mh Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Menambah pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan pada klien Stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral dalam konteks Ilmu Keperawatan Medikal Bedah.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Penulis

Memberikan pengalaman dan wawasan tambahan bagi penulis tentang penatalaksanaan Asuhan Keperawatan pada Klien stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang Melati RSD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019. Serta memberikan pengalaman dan kesempatan untuk mengaplikasikan metodologi riset keperawatan secara langsung pada tatanan praktik.

b. Bagi Klien

Penelitian ini diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan yang dihadapi klien, meningkatkan kualitas kesehatan klien, serta memberikan pengetahuan kepada klien dan keluarga dengan memberikan penyuluhan tentang Asuhan Keperawatan pada Klien stroke dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Stroke

2.1.1 Definisi

Stroke didefinisikan sebagai defisit (gangguan) fungsi sistem saraf yang terjadi mendadak dan disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (Pinzon dan Laksmi, 2010). Stroke adalah kondisi dimana terjadi ketika sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak (Nina, 2009). Stroke adalah terjadinya kerusakan pada jaringan otak yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke otak dengan berbagai sebab yang ditandai dengan kelumpuhan sensorik atau motorik tubuh sampai dengan terjadinya penurunan kesadaran (Mahendra dan Evi, 2008). Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Batticaca, 20012). Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Batticaca, 20012).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke dibagi menjadi dua, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Batticaca, 2012).

a. Stroke Iskemik

Stroke iskemik (infark atau kematian jaringan), yaitu akibat penyumbatan arteri oleh gumpalan darah (Rudd dkk, 2010). Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari. Stroke iskemik akibat penumbatan aliran darah biasanya diawali dari luka kecil dalam pembuluh darah yang bisa disebabkan oleh situasi tekanan darah tinggi, merokok, atau karena makanan yang tinggi kandungan lemak dan kolesterolnya. Seringkali daerah yang terluka kemudian tertutup oleh endapan yang kaya kolesterol (plak). Pada suatu hari yang kurang baik, lapisan plak lepas karena tekanan darah tiba-tiba meninggi. Gumpalan plak ini yang akan menyumbat dan mempersempit jalannya aliran darah, yang berfungsi mengantar pasokan oksigen dan nutrisi yang diperlukan otak (Sustrani dkk, 2003). Stroke iskemik yang terjadi dapat dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut (Batticaca, 2012).

1) Trombosis pada pembuluh darah otak (*trombosis of cerebral vessels*).

Stroke trombosis, gumpalan darah baru terbentuk dalam pembuluh darah di otak dan setelah sekian waktu, gumpalan tersebut akan membesar sehingga menyumbat aliran darah (Sustrani dkk, 2003).

Trombosis terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemik jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitar. Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktifitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemik serebral. Tanda dan gejala neurologis sering memburuk pada 48 jam setelah trombosis. Beberapa keadaan di bawah ini dapat menyebabkan trombosis otak, yaitu aterosklerosis, hiperkoagulasi pada polisitemia, arteritis radang pada arteri). Darah bertambah kental, peningkatan viskositas meningkat dapat memperlambat aliran darah serebri (Muttaqin, 2008).

2) Emboli pada pembuluh darah otak (*embolism of cerebral vesels*).

Stroke emboli seringkali terjadi di jantung dan kemudian terbawa oleh aliran darah hingga ke pembuluh darah otak yang dapat menyumbat pembuluh darah di otak (Sustrani dkk, 2003).

Emboli serebri merupakan penyumbatan pembuluh darah otak oleh pembekuan darah, lemak, dan udara. Pada umumnya emboli berasal dari trombus di jantung yang terlepas lalu menyumbat sistem arteri serebri. Emboli tersebut berlangsung cepat dan gejala timbul kurang dari 10 - 30 detik (Muttaqin, 2008).

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak sehingga menyebabkan pengeluaran darah ke parenkim otak, ruang cairan serebrospinal di otak atau keduanya (Muttaqin, 2008). Serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental). Stroke hemoragik berdasarkan lokasinya dapat dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut.

1) Perdarahan Intraserebral (*Parenchymatous Hemorrhage*)

Gejalanya:

- a) Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi.
- b) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah.
- c) Mual atau muntah pada permulaan serangan.
- d) Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan.
- e) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari ½ jam-2 jam; <2% terjadi setelah 2 jam-19 hari).

2) Perdarahan Subaraknoid (*Subarachnoid Hemorrhage*)

Gejalanya:

- a) Nyeri kepala hebat dan mendadak.
- b) Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi.
- c) Ada gejala atau tanda meninggal
- d) Papiledema terjadi bila ada perdarahan subaraknoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

2.1.3 Penyebab Stroke

Beberapa penyebab stroke dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok, yakni stroke yang disebabkan faktor pembuluh darah dan faktor dari luar pembuluh darah (Mahendra dan Evi, 2008).

a. Faktor Pembuluh Darah

1) Aterosklerosis Pembuluh Darah Otak

Aterosklerosis adalah penumpukan aterom atau lemak pada lapisan dalam pembuluh darah. Jika aterom ini sudah menutupi lumen seluruh pembuluh darah, maka aliran darah akan tersumbat. Akibatnya, jaringan yang ada di depan pembuluh darah akan kekurangan oksigen dan akibat lebih lanjut dapat terjadi kematian jaringan (Mahendra dan Evi, 2008).

2) Malformasi arteri (pembuluh nadi) Otak

Adanya aneurisma (kelemahan) pembuluh darah otak dan tipisnya dinding pembuluh darah akan memudahkan dinding pembuluh darah robek jika terjadi

peningkatan tekanan aliran darah. Aneurisma dibagi menjadi dua, yaitu congenital (bawaan dari lahir) dan bukan bawaan (didapat setelah lahir). Aneurisma ini tidak memberikan gejala apapun sampai suatu saat dapat pecah sendiri jika terjadi peningkatan aliran darah ke otak dan terjadilah stroke (Mahendra dan Evi, 2008).

3) Trombosis Vena (Penyumbatan)

Penyebabnya seperti thrombus, embolus, cacing, leukimia (Mahendra dan Evi, 2008).

(a) Pecahnya Pembuluh Darah Otak

Pecahnya pembuluh darah otak dapat terjadi di ruang subarachnoid (di bawah selaput otak) atau intracerebral (dalam jaringan otak). Akibatnya adalah darah dari arteri otak akan terus mengalir keluar tanpa ada yang dapat menghentikan. Darah akan menutupi dan menekan sebagian besar jaringan otak sehingga jaringan otak yang tertekan akan mengalami hipoksia disertai dengan kematian jaringan otak, bahkan mungkin disertai dengan kematian biologis (Mahendra dan Evi, 2008).

b. Faktor dari Luar Pembuluh Darah

1) Penurunan Perfusi (Aliran) Darah ke Otak

Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai hal, seperti hipertensi menahun yang menyebabkan terjadinya perubahan anatomi jantung, gagal jantung kongestif, atau hiperkolesterol. Adanya perubahan tersebut menyebabkan darah menjadi relatif lebih pekat dan alirannya menjadi lambat (Mahendra dan Evi, 2008).

2) Embolus atau thrombus

Embolus atau thrombus yang mengalir di dalam pembuluh darah otak yang kecil sehingga menyumbat aliran darah. Kejadian ini akan menyebabkan kematian jaringan otak. Embolus dan thrombus dapat berasal dari pembuluh darah di tungkai yang terlepas saat kita beraktivitas dari paru-paru, embolus lemak terutama terkena pada orang obesitas atau pascaoperasi besar, seperti operasi caesar dan patah tulang (Mahendra dan Evi, 2008).

2.1.4 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke menurut Harsono (1996 dalam Ariani, 2012), semua faktor yang menentukan timbulnya manifestasi stroke dikenal sebagai faktor risiko stroke. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain sebagai berikut.

a. Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang tinggi atau potensial. Hipertensi mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah diotak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

b. Diabetes melitus

Diabetes melitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah diotak akan menyempit diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak.

c. Penyakit jantung

Berbagai penyakit jantung berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor risiko ini dapat menimbulkan hambatan/sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel/jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah.

d. Gangguan aliran darah otak sepiintas

Pada umumnya, bentuk-bentuk gejala yang akan muncul adalah hemiparesis, disartria, kelumpuhan otot-otot mulut atau pipi, kebutaan mendadak, hemiparestesi, dan afasia.

e. Hiperkolesterolemi

Tingginya angka kolesterol dalam darah, terutama *low density lipoprotein* (LDL), merupakan salah satu faktor risiko penting untuk terjadinya arteriosklerosis (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti

penurunan elastisitas pembuluh darah). Peningkatan kadar LDL dan penurunan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL) merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner.

f. Infeksi

Penyakit infeksi yang mampu berperan sebagai faktor risiko stroke adalah tuberkulosis, malaria, lues (sifilis), leptospirosis, dan infeksi cacing.

g. Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung.

h. Merokok

Merokok merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya infark jantung.

i. Kelainan pembuluh darah otak

Pembuluh darah otak yang tidak normal di mana suatu saat akan pecah dan menimbulkan perdarahan.

j. Usia

Insiden stroke semakin meningkat seiring dengan meningkatnya usia. Orang berusia di atas 55 tahun mempunyai risiko terserang stroke iskemik meningkat dua kali lipat setiap sepuluh tahun (Sustrani dkk, 2003).

k. Faktor genetik/ras

Para ahli kesehatan meyakini ada hubungan antara risiko stroke dengan faktor keturunan walaupun tidak secara langsung. Keluarga yang banyak anggotanya menderita stroke perlu mewaspadaai terhadap faktor-faktor yang dapat menyebabkan stroke, seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes, dan cacat pada bentuk pembuluh darah (Sustrani dkk, 2003).

l. Jenis kelamin

Dari laporan kasus yang dijumpai, laki-laki lebih cenderung terkena stroke tiga kali lipat dibandingkan wanita. Laki-laki cenderung terkena stroke iskemik, sedangkan wanita cenderung terkena stroke hemoragik (Mahendra dan Evi, 2008). Berdasarkan penelitian, wanita yang terkena stroke lebih banyak meninggal

daripada laki-laki. Hal ini dikarenakan wanita terserang stroke pada usia lebih tua, sedangkan laki-laki pada usia lebih muda (Sustrani dkk, 2003).

2.1.5 Patofisiologi

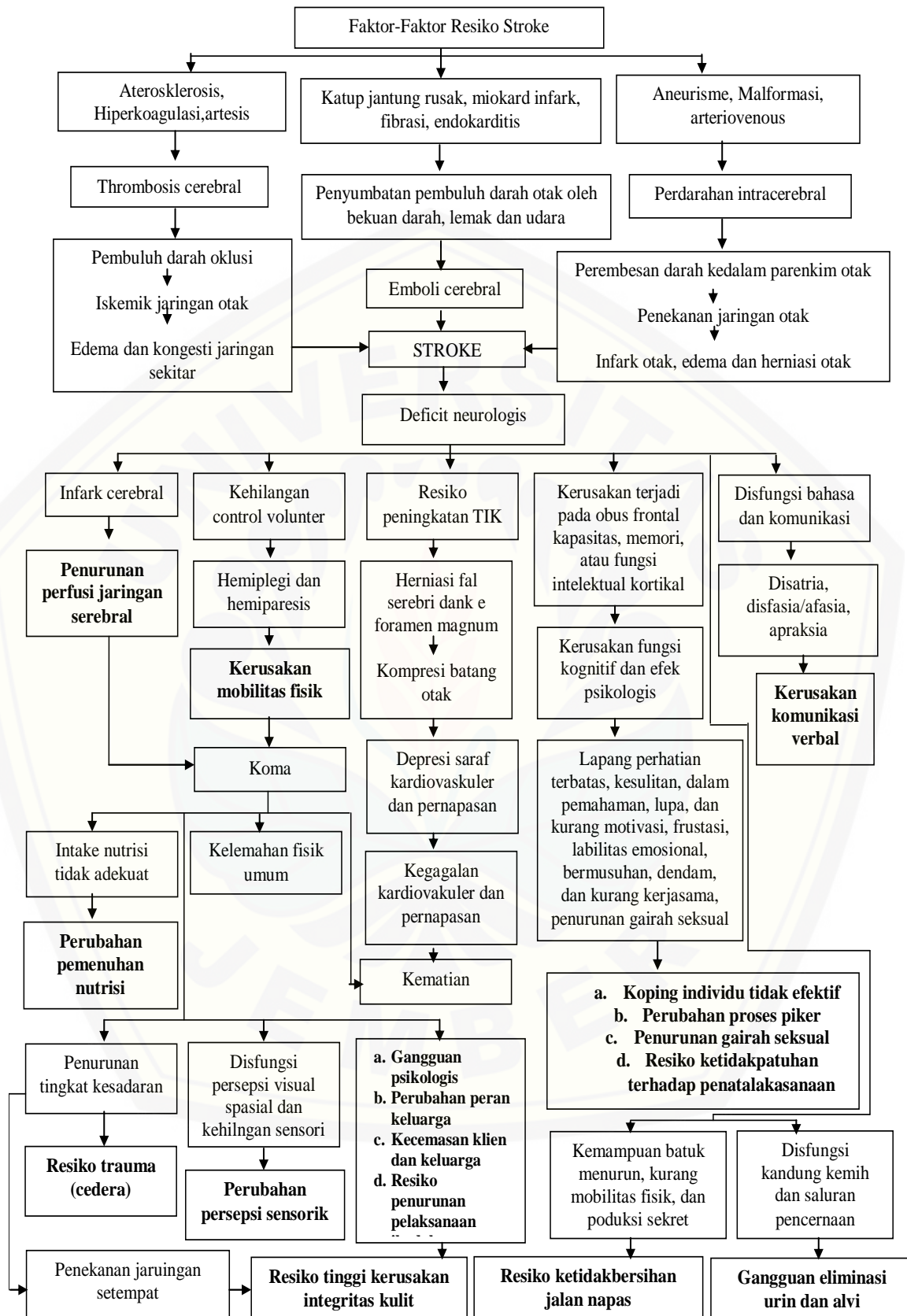
Infark serebri adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering kali merupakan faktor penting untuk otak, trombus dapat berasal dari plak aterosklerosis, atau darah dapat beku pada area yang stenosis, tempat aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi. Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah dan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak pada area yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area (Muttaqin, 2008).

Area edema ini menyebabkan disfungsi yang leni besar dari area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari, dengan berkurangnya edema klien mulai menunjukkan perbaikan, karena trombosis biasanya tidak fatal jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebri oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi infeksi sepsis akan meluas pada dinding pembuluh darah, maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini menyebabkan serebri, jika aneurisma pecah atau ruptur (Muttaqin, 2008).

Jika sirkulasi serebri terhambat, dapat berkembang anoksia serebri. Perubahan disebabkan ileh anoksia serebri dapat reversible untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan ireversibel bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebri dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung (Muttaqin, 2008).

Kaskade iskemik terjadi akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan neuron-neuron di daerah yang tersumbat terganggu. Jika neuron-neuron terganggu, maka dapat menimbulkan berbagai tanda dan gejala seperti peningkatan tekanan sistemik, kehilangan kontrol volunter, kelemahan/kelumpuhan otot satu sisi atau seluruh tubuh, kesulitan berbicara seperti pelo, dan gangguan menelan (Jusuf Misbach tahun 1999 dalam Muttaqin, 2008). Tanda dan gejala yang sering muncul pada klien stroke iskemik yaitu pertama, kelemahan pada ekstremitas dan penurunan fungsi mobilitas (misalnya, *hemiplegic/hemiparesis*, yaitu kelemahan otot pada satu sisi tubuh yang menyebabkan fungsi dari otot mengalami penurunan) yang dinilai melalui kekuatan otot. Penurunan kekuatan otot yang berat mengakibatkan kelambanan gerak, lebih mudah goyah, susah atau terlambat mengantisipasi ketika terpeleset dan tersandung. Kedua, klien tidak bisa beraktivitas secara mandiri, sebagian atau seluruh aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga (Fadhlulloh dkk, 2014). Ketiga, berdasarkan batasan karakteristik diagnosis keperawatan NANDA I tahun 2016, yaitu kesulitan pasien membolak-balikkan posisi tubuh.

Pathway



Gambar 2.1 (Muttaqin 2008)

Gambaran Klinis

Gambaran klinis ini akan membahas tentang gejala klinis yang timbul, pemeriksaan diagnostik pada Stroke Iskemik.

a. Gejala klinis

Gejala klinis yang timbul pada Stroke Iskemik antara lain, seperti di bawah ini (Batticaca, 2012).

- 1) Trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur (Muttaqin, 2008).
- 2) Umumnya kesadaran baik (Muttaqin, 2008).
- 3) Stroke iskemik akibat trombosis terjadi terutama pada usia 50 tahun, sedangkan stroke iskemik akibat sumber emboli usia tidak penting (Batticaca, 2012).
- 4) Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.
- 5) Adanya serangan defisit neurologis fokal, berupa kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- 6) Hilangnya rasa atau adanya sensasi abnormal pada lengan, tungkai, atau salah satu sisi tubuh. Baal atau mati rasa sebelah, terasa kesemutan, terasa seperti terkena cabai, rasa terbakar.
- 7) Mulut, lidah mencong bila diluruskan.
- 8) Gangguan menelan, sulit untuk makan dan minum suka tersedak.
- 9) Bicara tidak jelas (pelo), sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat, tidak memahami pembicaraan orang lain.
- 10) Tidak mampu membaca dan menulis, dan tidak mampu memahami tulisan.
- 11) Kehilangan keseimbangan, gerakan tubuh tidak terkoordinasi dengan baik, sempoyongan, atau terjatuh.
- 12) Gangguan penglihatan pada satu atau kedua mata.

b. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan, antara lain sebagai berikut.

- 1) Skan Tomografi Komputer (*CT-scan*)

Skan Tomografi Komputer (*CT-scan*) untuk mengetahui adanya tekanan normal dan adanya trombosis, emboli serebral, dan tekanan intrakranial (TIK).

2) Angiografi serebral

Angiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular (Muttaqin, 2008).

3) Lumbal fungsi

Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama (Muttaqin, 2008).

4) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Magnetic Resonance Imaging (MRI) menunjukkan daerah infark, perdarahan, malformasi arteriovena (MAV) (Muttaqin, 2008).

5) Elektroensefalogram (*Electroencephalogram*-EEG)

EEG digunakan untuk mengidentifikasi melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark, sehingga menurunnya implus listrik dalam jaringan otak (Muttaqin, 2008).

6) Pemeriksaan foto thorak

Pemeriksaan foto thorak mengidentifikasi adanya pembesaran jantung seperti pembesaran ventrikel kiri akibat hipertensi kronik pada penderita stroke (Muttaqin, 2008).

7) Pemeriksaan Laboratorium

(a) Pemeriksaan darah: mengetahui kadar gula darah, di mana gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali, mengetahui adanya infeksi dengan peningkatan leukosit, gangguan kadar hemoglobin, laju endap darah, peningkatan kadar kolesterol, asam urat (Muttaqin, 2008). Kadar protein total meningkat, beberapa kasus trombosis disertai proses inflamasi (Batticaca, 2012).

(b) Urine rutin: mengetahui kadar protein, natrium, kalium (Muttaqin, 2008).

2.1.6 Penatalaksanaan Stroke

a. Penatalaksanaan Stroke Iskemik

Penatalaksanaan stroke iskemik untuk menurunkan edema otak sebagai berikut (Ariani, 2012).

b. Naikkan posisi kepala dan badan bagian atas setinggi 20-30°.

c. Hindarkan pemberian cairan intravena yang berisi glukosa atau cairan hipotonik.

d. Pemberian osmoterapi seperti berikut ini.

1) Bolus marital 1gr/kgBB dalam 20-30 menit kemudian dilanjutkan dengan dosis 0,25 gr/kgBB setiap 6 jam sampai maksimal 48 jam. Target osmolaritas 300-320 mmol/liter.

2) Gliserol 50% oral 0,25-1gr/kgBB setiap 4 atau 6 jam atau gliserol 10% Intravena 10 ml/kgBB dalam 3-4 jam (untuk edema serebri ringan, sedang).

3) Furosemide 1 mg/kgBB intravena.

(a) Intubasi dan hiperventilasi terkontrol dengan oksigen hiperbarik sampai $PCO_2 = 29-35$ mmHg.

(b) Steroid dianggap kurang menguntungkan untuk terapi udra serebral karena di samping menyebabkan hiperglikemia, juga naiknya risiko infeksi.

Penatalaksanaan Klien Stroke (Mansjoer, A 2000 dalam (Aspiani, 2014)).

a. Membatasi atau memulihkan iskemia akut yang sedang berlangsung (3-6 jam pertama).

b. Mencegah perburukan neurologis yang berhubungan dengan stroke yang masih berkembang.

c. Tekanan darah yang tinggi pada stroke iskemik tidak boleh cepat-cepat diturunkan.

d. Pertimbangan observasi diunit rawat intensif pada klien dengan tanda klinis atau radiologis.

5. Pertimbangan konsul bedah saraf untuk dekompresi dengan infark serebrum yang luas.

6. Pertimbangan pemeriksaan darah.

Penatalaksanaan Stroke Hemoragik

b. Penatalaksanaan stroke hemoragik pada serangan akut, antara lain sebagai berikut (Batticaca, 2012).

- 1) Saran operasi diikuti dengan pemeriksaan
- 2) Masukkan pasien ke unit perawatan saraf untuk dirawat di bagian bedah saraf
- 3) Penatalaksanaan umum di bagian saraf
- 4) Penatalaksanaan khusus pada kasus:

a) *subarachnoid hemorrhage* dan *intraventricular hemorrhage*,

- 1) kombinasi antara *parenchymatous* dan *subarachnoid hemorrhage*,
- 2) *parenchymatous hemorrhage*

a) Neurologis

Hal yang dilakukan dalam penatalaksanaan neurologis, antara lain yaitu sebagai berikut.

- (1) Pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya.
 - (2) Kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak.
- b) Terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah

Terapi perdarahan dan perawatan pembuluh darah, antara lain sebagai berikut (Batticaca, 2012).

- (1) Antifibrinolitik untuk meningkatkan mikrosirkulasi dosis kecil.
 - a. *Aminocaproic acid* 100-150 ml% dalam cairan isotonik 2 kali selama 3-5 hari, kemudian 1 kali selama 1-3 hari.
 - b. Antagonis untuk pencegahan permanen: Gordox dosis pertama 300.000 IU kemudian 100.000 IU 4 x per hari IV; Contrical dosis pertama 30.000 ATU, kemudian 10.000 ATU x 2 per hari selama 5-10 hari.
 - c. Natrii Etamsylate (Dynone[®]) 250 mg x 4 hari IV sampai 10 hari.
 - d. Kalsium mengandung obat; Rutinum[®], Vicasolum[®], Ascorbicum[®].

(2) Profilaksis vasospasme

- a. *Calcium-channel antagonist* (Nimotop[®] 50 ml [10mg per hari IV diberikan 2 mg per jam selama 10-14 hari]).
- b. Awasi peningkatan tekanan darah sistolik pasien 5-20 mg, koreksi gangguan irama jantung, terapi penyakit jantung komorbid.
- c. Profilaksis hipostatik pneumonia, emvoli arteri pulmonal, luka tekan, cairan purulen pada luka kornea, kontraksi otot dini. Lakukan perawatan respirasi, jantung, penatalaksanaan cairan dan elektrolit, kontrol terhadap tekanan edema jaringan otak dan peningkatan TIK, perawatan pasien secara umum, dan penatalaksanaan pencegahan komplikasi.
- d. Terapi infus, pemantauan (*monitoring*) AGD, tromboembolisme arteri pulmonal, keseimbangan asam basa, osmolaritas darah dan urine, pemeriksaan biokimia darah.
- e. Berikan dexason 8+4+4+4 mg IV (pada kasus tanpa DM, perdarahan internal, hipertensi maligna) atau osmotik diuretik (dua hari sekali Rheugloman[®] (Manitol) 15% 200 ml IV diikuti oleh 20 mg Lasix[®] minimal 10-15 hari kemudian).
- f. Kontrol adanya edema yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak.
- g. Pengawasan tekanan darah dan konsentrasinya.

2.1.7 Komplikasi

Serangan stroke tidak berakhir dengan akibat pada otak saja. Gangguan emosional dan fisik akibat terbaring lama tanpa dapat bergerak di tempat tidur adalah bonus yang tak dapat dihindari. Setelah mengalami stroke, beberapa penderita juga mengalami gangguan kesehatan yang lain seperti berikut (Mahendra dan Evi, 2008).

a. Depresi

Penderita stroke umumnya mengalami stres berat atau depresi ketika kembali dari rumah sakit setelah menjalani perawatan. Hal ini biasanya disebabkan karena rata-rata penderita stroke tidak sembuh total (Mahendra dan Evi, 2008).

b. Darah beku

Darah beku mudah terbentuk pada jaringan yang lumpuh, terutama pada kaki sehingga menyebabkan pembengkakan yang mengganggu. Selain itu, pembekuan darah juga dapat terjadi pada arteri yang mengalirkan darah ke paru-paru (emboli paru-paru), sehingga penderita sulit bernapas dan dalam beberapa kasus sering mengalami kematian (Mahendra dan Evi, 2008).

c. Memar (dekubis)

Jika penderita stroke menjadi lumpuh, penderita harus sering dipindahkan dan digerakkan secara teratur agar bagian pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit tidak terluka akibat terhimpit alas tempat tidur. Bila luka-luka tidak dirawat, bisa terjadi infeksi. Keadaan ini akan menjadi semakin buruk bila penderita dibiarkan terbaring di tempat tidur yang basah karena keringat (Mahendra dan Evi, 2008).

d. Otot mengerut dan sendi kaku

Kurang gerak akan menyebabkan sendi menjadi kaku dan nyeri. Misalnya, jika otot-otot betis mengerut, kaki terasa sakit ketika harus berdiri dengan tumit menyentuh lantai. Hal ini biasanya ditangani dengan fisioterapi (Mahendra dan Evi, 2008).

e. Pneumonia (radang paru-paru)

Ketidakmampuan untuk bergerak setelah mengalami stroke, membuat pasien mungkin mengalami kesulitan menelan dengan sempurna atau sering terbatuk-batuk, sehingga cairan terkumpul di paru-paru dan selanjutnya dapat terjadi pneumonia (Mahendra dan Evi, 2008).

f. Nyeri pundak

Otot-otot di sekitar pundak yang mengontrol sendi-sendi pundak akan mudah cedera pada waktu penderita diganti pakaiannya, diangkat, atau ditolong untuk berdiri. Untuk mencegahnya, biasanya tangan yang terkulai ditahan dengan sebilah papan atas kain khusus yang dikaitkan ke pundak atau leher agar bertahan pada posisi yang benar. Apabila menolong penderita stroke untuk berdiri, lakukan

dengan cara yang benar agar tidak membuat otot-otot daerah tersebut terbebani terlalu berat (Mahendra dan Evi, 2008).

2.1.8 Dampak/Akibat Stroke

Dampak/akibat stroke ditentukan oleh bagian otak yang cedera seperti berikut ini (Sustrani dkk, 2003).

a. Kelumpuhan

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegia) adalah cacat yang paling umum akibat stroke. Stroke yang menyerang bagian kiri otak, maka terjadi hemiplegia kanan. Kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Apabila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena dirasakan tidak bertenaga (hemiparesis kanan/kelumpuhan yang lebih ringan dari tubuh bagian kiri). Stroke yang menyerang bagian kanan otak, maka terjadi hemiplegia kiri. Kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kiri hingga kaki sebelah kiri termasuk tenggorokan dan lidah. Apabila kelumpuhan yang lebih ringan dari tubuh bagian kiri disebut hemiparesis kiri (Sustrani dkk, 2003).

b. Gangguan menelan

Pasien stroke dapat mengalami gangguan menelan dan kesulitan untuk makan yang disebut dengan disfagia, karena bagian otak yang mengendalikan otot-otot yang terkait telah rusak dan tidak berfungsi (Sustrani dkk, 2003).

c. Gangguan Komunikasi

Seperempat dari semua pasien stroke mengalami gangguan komunikasi yang berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca, menulis, dan bahkan bahasa isyarat dengan gerak tangan. Contoh gangguan komunikasi, yaitu disartia dan afasia. Disartia adalah melemahnya otot-otot muka, lidah, dan tenggorokan yang membuat kesulitan berbicara, walaupun penderita memahami bahasa verbal dan tulisan. Gangguan komunikasi ini diakibatkan oleh kerusakan pada cuping temporal dan parietal otak sebelah kiri. Afasia merupakan ketidakmampuan berbicara atau mengerti bahasa lisan, ataupun keduanya. Apabila kesulitan dalam

hal berbicara disebut afasia ekspresif, sedangkan kesulitan untuk mengerti disebut afasia reseptif, yang paling parah adalah afasia global yakni kehilangan hampir seluruh kemampuan bahasanya. Afasia yang agak ringan disebut afasia anomik (*amnesic*), terjadi kerusakan pada otak hanya sedikit dan pengaruhnya sering tidak terlalu ketara meski penderita lupa akan nama-nama orang atau benda-benda dari jenis tertentu (Sustrani dkk, 2003).

d. Perubahan mental

Setelah stroke dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Hal ini disebabkan karena penderita stroke kehilangan kemampuan-kemampuan tertentu, misalnya agnosia (kehilangan kemampuan untuk mengenali orang atau benda), anosonia (tidak mengenali bagian tubuhnya sendiri), ataksia (koordinasi gerakan dan ucapan yang buruk), apraksia (tidak mampu melakukan gerakan atau menyusun kalimat yang diinginkan, bahkan kehilangan kemampuan berpikir dengan urutan yang benar), dan distosi spasial (tak mampu mengukur jarak atau ruang yang ingin dijangkaunya) (Sustrani dkk, 2003).

e. Gangguan emosional

Penderita stroke mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental. Penderitaan yang sangat umum padap pasien stroke adalah depresi. Tanda-tanda depresi klinis adalah sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah tersinggung, cepat letih, membenci diri sendiri, dan berpikir untuk bunuh diri. Depresi pasca-stroke ditangani seperti depresi lain, yaitu dengan obat antidepresan dan konseling psikologis (Sustrani dkk, 2003).

f. Kehilangan Indra Rasa

Pasien stroke dapat kehilangan kemampuan indera merasakan (sensorik), yaitu rangsang sentuh atau jarak. Paresthesia merupakan pasien stroke yang merasa nyeri, mati rasa, atau perasaan geli-geli, atau seperti ditusuk-tusuk, pada anggota tubuh yang lumpuh atau lemah. Bentuk nyeri yang kurang lazim pada

pasien stroke, yaitu CPS (*Central Pain Syndrome*) atau *Thalamic Pain Syndrome* yang diakibatkan karena kerusakan otak bagian tengah (thalamus). Kerusakan itu memberi isyarat palsu berupa nyeri campuran panas dan dingin, terbakar, geli-geli, mati rasa, dan rasa ditusuk-tusuk. Kehilangan kendali pada kandung kemih yang sering menurunkan kemampuan saraf sensorik dan motorik, sehingga penderita stroke kehilangan kemampuan untuk merasakan kebutuhan buang air kecil atau besar (Sustrani dkk, 2003).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada pasien yang mengalami stroke, antara lain sebagai berikut.

a. Anamnesis

Anamnesis pada stroke meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, pengkajian psikososial, dan data dasar pengkajian (Muttaqin, 2008).

b. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua, tetapi tidak menutup kemungkinan juga dapat dialami usia muda karena dipengaruhi oleh faktor-faktor resiko yang menyebabkan stroke iskemik), jenis kelamin (stroke iskemik lebih sering terjadi pada laki-laki, sedangkan wanita cenderung mengalami stroke hemoragik, karena wanita mengalami stroke biasanya di usia yang sudah tua), pendidikan, alamat, pekerjaan (aktivitas sehari-hari yang melebihi beban kerja otak, depresi akibat pekerjaan atau masalah lainnya yang menimbulkan stress tinggi), agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis (Muttaqin, 2008).

c. Keluhan utama

Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi (Muttaqin, 2008), seperti sakit kepala jarang terjadi (Batticaca, 2012).

d. Riwayat penyakit sekarang

Umumnya kesadaran baik, trombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur, hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis, merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), bicara pelo (Muttaqin, 2008), kelumpuhan sebelah bagian tubuh yang disebut dengan hemiplegia (Sustrani dkk, 2003).

e. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat seperti hiperkolesterolemi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, kadar asam urat tinggi, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Muttaqin, 2008).

f. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2008).

g. Pola fungsi kesehatan menurut Gordon tahun 1982 dalam Eviana S. Tambunan dan Deswani Kasim (2012).

1) Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Riwayat merokok dan jarang berolahraga merupakan faktor risiko terjadinya stroke akibat gaya hidup yang kurang sehat (Sustrani, dkk, 2003).

2) Pola nutrisi dan metabolik

Berdasarkan penelitian Rita Rahmawati dan Dian Daniyati tahun 2016, mengkonsumsi kafein yang berlebihan (minum kopi) dapat berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah. Kebiasaan minum kopi didapatkan dari satu cangkir kopi mengandung 75–200 mg kafein, sehingga minum kopi lebih dari empat cangkir sehari dapat meningkatkan tekanan darah sistolik sekitar 10 mmHg dan tekanan darah diastolik sekitar 8 mmHg (Sutedjo, 2006 dalam Rahmawati dan Dian, 2016).

3) Pola eliminasi

Klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. (Muttaqin, 2012)

4) Pola tidur dan aktivitas

Klien mengalami kesukaran untuk beristirahat karena nyeri ataupun kejang otot) (Doenges, dkk, 1999).

5) Pola aktivitas dan istirahat

Merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), kelemahan pada seluruh atau separuh sisi tubuh (hemiparase), dan merasa mudah lelah (Doenges, dkk, 1999).

6) Pola sensori dan pengetahuan

Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan ketidakmampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh, serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Muttaqin, 2008).

7) Pola hubungan interpersonal dan peran

Ketidakmampuan untuk berkomunikasi karena adanya masalah bicara misalnya pelo (Doenges, dkk, 1999).

8) Pola persepsi dan konsep diri

Klien stroke akan timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh) (Muttaqin, 2008).

9) Pola reproduksi dan seksual

Wanita menopause karena kekurangan hormon estrogen, maka vagina menjadi kering, sehingga mudah cedera saat bersenggama. Wanita yang menopause dapat mengalami depresi, kekhawatiran, perasaan ingin menangis (cemas), dan mudah tersinggung. Hal ini dikarenakan wanita yang menopause merasa dirinya sudah tidak produktif lagi (Purwoastuti, 2008).

10) Pola penanggulangan stress

Klien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi (Muttaqin, 2008).

11) Pola nilai dan kepercayaan

Klien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

h. Pemeriksaan fisik (pendekatan *head to toe*)

1) Keadaan umum

Umumnya kesadaran baik, tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi (Muttaqin, 2008), kelumpuhan sebelah bagian tubuh yang disebut dengan hemiplegia (Sustrani dkk, 2003), merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan (hemiparase) (Doenges dkk, 1999).

2) Pemeriksaan fisik kepala sampai leher

a) Kepala: umumnya kepala tidak mengalami gangguan yaitu posisi kepala sejajar dengan tubuh dan bentuknya normocephalik (Doenges, dkk 1999).

b) Rambut: umumnya tidak tampak kelainan (Doenges, dkk 1999).

- c) Wajah: wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat (Muttaqin, 2008).
- d) Mata: penglihatan dapat mengalami kekaburan akibat adanya gangguan nervus optikus (N II), gangguan dalam menggerakkan bola mata dari dalam keluar akibat adanya gangguan nervus okulomotorius (nervus III), gangguan menggerakkan bola mata dari atas ke bawah akibat adanya gangguan nervus troklearis (nervus IV), gangguan menggerakkan bola mata ke sisi lateral akibat adanya gangguan nervus abduksen (nervus VI) (Bickley dan Peter, 2014). Amati mata simetris atau asimetris, adanya edema palpebra, konjungtiva anemis atau tidak anemis, sklera ikterus atau tidak ikterus, pupil isokor atau tidak isokor, refleks cahaya positif atau negatif (Tambunan dan Kasim, 2012).
- e) Hidung: umumnya tidak mengalami kelainan, periksa adanya obstruksi atau tidak, terdapat sekret atau tidak, terdapat nafas cuping hidung atau tidak, lihat adanya lesi, defornitas, dan nyeri tekan (Tambunan dan Kasim, 2012).
- f) Telinga: pada klien stroke iskemik, pada telinga tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi (Muttaqin, 2008). Umumnya telinga luar, membran tympani tidak tampak kelainan, tidak terdapat sekret (Tambunan dan Kasim, 2012).
- g) Wicara: pada klien stroke iskemik dapat mengalami kesulitan berbicara seperti suara serak (disfonia), bicara pelo (disartria), gangguan irama bicara (disprosodi), afasia wernicke (umumnya klien tidak mampu memahami bahasa lisan dan bila klien menjawab, klien tidak tahu apakah jawabannya salah), afasia broca (bicara tidak lancar, tampak melakukan upaya saat hendak bicara), afasia global (tidak adanya lagi bahasa spontan atau berkurang sekali dan menjadi beberapa patah kata yang diucapkan) (Satyanegara, dkk, 2014).
- h) Mulut: biasanya mulut miring atau mencong ke sisi yang sehat akibat gangguan pada nervus fasialis (N VII), membran mukosa lembab atau dapat kering (Muttaqin, 2008).
- i) Leher: pada pasien stroke iskemik, umumnya tidak tampak kelainan (Doenges, dkk). Leher dapat mengalami kaku kuduk saat pemeriksaan *test meningeal sign* akibat iritasi meningeal pada ruang subaraknoid yang menimbulkan tahanan atau

nyeri saat fleksi (Bickley dan Peter, 2014). Periksa adanya peradangan dan masaa pada tonsil, laring, faring, serta adanya nyeri tekan (Tambunan dan Kasim, 2012).

3) Sistem integumen

Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah morbilitas fisik (Muttaqin, 2008).

4) Sistem penafasan

Pada inspeksi pasien stroke iskemik dengan tingkat kesadaran compos mentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi thoraks didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri (Muttaqin, 2008).

5) Sistem kardiovaskuler

Disritmia, perubahan EKG, arteri iliaka/aorta yang abnormal (Doenges, dkk, 1999).

6) Sistem Pencernaan

Klien terkadang tampak kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut, penurunan peristaltik usus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah (Muttaqin, 2008).

7) Sistem muskuloskeletal

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise atau hemiplegi, gangguan tonus otot (flaksid, spastis); paralitik (hemiplegia), dan terjadi kelemahan umum (Muttaqin, 2008).

8) Sistem Neurologis

a) GCS

Penilaian GCS terdiri dari tiga aspek, yaitu *eye*, *verbal*, dan *motorik*. Cara menilainya, yaitu sebagai berikut (Abdillah, dkk, 2015).

(1) Nilai/skore untuk tanggap/reaksi mata

Nilailah 4 bila: pasien dapat membuka mata secara spontan/tanpa disuruh.

Nilailah 3 bila: pasien dapat membuka mata sesuai dengan perintah.

Nilailah 2 bila: pasien dapat membuka mata dengan rangsangan nyeri.

Nilailah 1 bila: tidak reaksi sama sekali.

(2) Nilai/skor untuk tanggap/reaksi bicara

Nilailah 5 bila: pasien mempunyai nilai orientasi baik, terhadap orang, tempat, dan waktu.

Nilailah 4 bila: pasien dapat bicara tapi membingungkan (kalimat dan kata-kata baik tetapi hubungan dengan pertanyaan tidak baik).

Nilailah 3 bila: pasien dapat bicara tetapi lebih membingungkan lagi, kalimat tidak tersusun dengan baik walau kata-katanya terbaca.

Nilailah 2 bila: pasien hanya dapat menggumam saja (masih keluar/nada).

Nilailah 1 bila: pasien diam (tidak ada suara).

(3) Nilai/skor untuk tanggap/reaksi motorik

Nilailah 6 bila: pasien dapat mengikuti perintah dengan baik.

Nilailah 5 bila: pasien tidak dapat menjalankan perintah, dan gerakan hanya melokalisir rangsangan.

Nilailah 4 bila: diberi rangsangan pasien hanya menghindar.

Nilailah 3 bila: diberi rangsangan pasien melakukan gerakan fleksi.

Nilailah 2 bila: diberi rangsangan pasien melakukan gerakan ekstensi saja.

Nilailah 1 bila: tidak ada gerakan sama sekali.

b) Kesadaran: klien dengan stroke iskemik biasanya memiliki kesadaran yang baik yaitu kompos mentis (Muttaqin, 2008).

c) Orientasi dan memori: didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi (Muttaqin, 2008).

d) Nerves Kranialis I-XII

Pemeriksaan saraf kranial I-XII pada pasien Stroke Iskemik sebagai berikut (Muttaqin, 2008).

(1) Saraf I

Pemeriksaan pada saraf I, biasanya pada pasien stroke tidak ada kelinanan pada fungsi penciuman (Muttaqin, 2008).

(2) Saraf II

Pada pasien stroke terjadi disfungsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks. Gangguan hubungan visual dan spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh (Muttaqin, 2008).

(3) Saraf III, IV, dan VI

Jika akibat stroke yaitu mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit (Muttaqin, 2008).

(4) Saraf V

Beberapa keadaan stroke dapat menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus (Muttaqin, 2008).

(5) Saraf VII

Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat (Muttaqin, 2008).

(6) Saraf VIII

Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi (Muttaqin, 2008).

(7) Saraf IX dan X

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut (Muttaqin, 2008).

(8) Saraf XI

Tidak ada atrofi otot sternokleidoimastoideus dan trapezius (Muttaqin, 2008).

(9) Saraf XII

Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal (Muttaqin, 2008).

e) Fungsi sensoris

Dapat terjadi hemihipestesi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. *Disfungsi persepsi visual* karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks visual (Muttaqin, 2008). Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (ketidakmampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius (Muttaqin, 2008).

f) Fungsi motoris

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak (Muttaqin, 2008).

(1) Inspeksi umum: Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

(2) Kekuatan otot: Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit mengalami penurunan, dan didapatkan kekuatan otot sampai tingkat 0.

(3) Keseimbangan dan koordinasi: Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparesis dan hemiplegia.

g) Refleks Fisiologis

Pemeriksaan refleks profunda yaitu pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal, kekuatan refleks ini juga dapat mengalami penurunan ataupun peningkatan (Muttaqin, 2008).

h) Refleks Patologis

Refleks patologis pada klien stroke iskemik dapat memberikan hasil negatif ataupun positif. Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan

menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis (Muttaqin, 2008).

i) Tes meningeal sign

Klien stroke iskemik biasanya jarang dan bahkan tidak memiliki tanda-tanda meningeal sign (Bickley dan Peter, 2014).

9) Sistem endokrin

Umumnya tidak mengalami kelainan sistem endokrin. Faktor yang mempengaruhi timbulnya neuropati dan retinopati yaitu adanya riwayat diabetes (Doenges, dkk, 1999).

10) Sistem genitourinari

Klien dengan stroke iskemik dapat mengalami distensi kandung kemih berlebihan dan gangguan eliminasi urin yang disebut inkontinensia urin, sehingga klien terkadang memakai kateter urin (Doenges, dkk, 1999).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

a. Definisi ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral adalah penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan pengiriman nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler (Wilkinson dan Nancy, 2011).

b. Batasan karakteristik ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

Menurut Wilkinson Judith M. Dan Nancy R. Ahern tahun 2011 sebagai berikut.

- 1) Perubahan status mental
- 2) Perubahan Perilaku
- 3) Perubahan respon motorik
- 4) Perubahan reaksi pupil
- 5) Kesulitan menelan
- 6) Kelemahan atau paralisis ekstremitas
- 7) Ketidaknormalan dalam bicara

c. Faktor Yang Berhubungan

Faktor yang berhubungan dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada pasien stroke menurut NANDA NIC NOC tahun 2011 sebagai berikut.

- 1) Perubahan afinitas hemoglobin terhadap oksigen
- 2) penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah
- 3) Keracunan enzim
- 4) Hipervolemia
- 5) Hipovolemia
- 6) Hipoventilasi
- 7) Gangguan transpor oksigen melalui alveoli dan membran kapiler
- 8) gangguan aliran arteri atau vena
- 9) Ketidakesesuaian antara ventilasi dan aliran darah

d. Intervensi Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral

2.2.3 Intervensi Perfusi Jaringan Serebral (NOC)(Moorhead et al., 2016)

Definisi: Kecukupan aliran darah melalui pembuluh darah otak untuk mempertahankan fungsi otak

Skala Target Outcome: Dipertahankan pada deviasi sedang (3) ditingkatkan ke deviasi ringan (4).

		Deviasi berat dari kisaran normal	Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal	Deviasi sedang dari kisaran normal	Deviasi ringan dari kisaran normal	Tidak ada deviasi dari kisaran normal
Skala Outcome Keseluruhan		1	2	3	4	5
Indikator 040602	Tekanan Intrakranial	1	2	3	4	5
040613	Tekanan darah sistolik	1	2	3	4	5
040617	Tekanan darah diastolik	1	2	3	4	5

040617	Nilai rata-rata tekanan darah	1	2	3	4	5
040615	Hasil serebral angiogram	1	2	3	4	5
		Berat	Besar	Sedang	Ringan	Tidak ada
040603	Sakit kepala	1	2	3	4	5
040604	Bruit karotis	1	2	3	4	5
040605	Kegelisahan	1	2	3	4	5
040606	Kelesuan	1	2	3	4	5
040607	Kecemasan yang tidak dijelaskan	1	2	3	4	5
040608	Agitasi	1	2	3	4	5
040610	Cegukan	1	2	3	4	5
040611	Keadaan Pingsan	1	2	3	4	5
040616	Demam	1	2	3	4	5
040618	Kognisi terganggu	1	2	3	4	5
040619	Penurunan tingkat kesadaran	1	2	3	4	5
040620	Refleks saraf terganggu	1	2	3	4	5

1) Tujuan dan Kriteria Hasil (Muttaqin, 2008)

Tujuan: Dalam waktu 2x24 jam perfusi jaringan otak dapat tercapai secara optimal.

Kriteria Hasil: Klien tidak gelisah, tidak ada keluhan nyeri kepala, mual, kejang, GCS 4/5/6, pupil isokor, reflek cahaya (+), tanda-tanda vital normal (nadi: 60-100x/menit, suhu: 36-36,7 derajat *celcius*, RR: 16-20x/menit)

2) Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek et al., 2016)

a) Manajemen Edema Serebri

Definisi: Keterbatasan injuri serebral sekunder akibat dari pembengkakan jaringan otak.

- (1) Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan.
- (2) Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal.
- (3) Monitor tanda-tanda vital
- (4) Monitor karakteristik cairan serebrospinal, warna, kejernihan, konsistensi.
- (5) Analisa pola TIK
- (6) Monitor status pernapasan, frekuensi, irama, kedalaman pernapasan, PaO₂, PCO₂, pH, bikarbonat.
- (7) Monitor TIK pasien dan respons neurologi terhadap aktivitas.
- (8) Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien.
- (9) Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat.
- (10) Berikan sedasi sesuai kebutuhan
- (11) Catat perubahan pasien dalam berespons terhadap stimulus.
- (12) Berikan antikejut sesuai kebutuhan.
- (13) Hindari fleksi leher, atau fleksi ekstrem pada lutut/panggul.
- (14) Berikan pelunak feses
- (15) Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat atau lebih.
- (16) Berikan agen paralisis sesuai kebutuhan.
- (17) Dorong keluarga atau orang yang penting untuk bicara dengan pasien.
- (18) Batasi cairan.
- (19) Hindari cairan IV hipotonik.
- (20) Batasi suksion kurang dari 15 detik.
- (21) Monitor nilai-nilai laboratorium: osmolalitas, serum, dan urin, natrium, kalium.
- (22) Monitor indeks tekanan volume
- (23) Lakukan latihan ROM pasif
- (24) Monitor intake dan output
- (25) Pertahankan suhu normal
- (26) Berikan diuretik osmotik atau active loop
- (27) Lakukan tindakan pencegahan kejang

b) Monitor Neurologi

Definisi: Pengumpulan dan analisis data pasien untuk mencegah atau meminimalkan komplikasi neurologis.

- (1) Pantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan dan reaktivitas.
- (2) Monitor tingkat kesadaran.
- (3) Monitor kecenderungan Skala Koma Glasgow
- (4) Monitor tingkat orientasi
- (5) Monitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu, suasana perasaan, efek dan perilaku.
- (6) Monitor tanda-tanda vital
- (7) Monitor refleks kornea
- (8) Monitor refleks batuk dan muntah
- (9) Monitor bentuk otot, gerakan motorik, gaya berjalan dan proprioception
- (10) Monitor kekuatan pegangan
- (11) Monitor terhadap adanya tremor.
- (12) Monitor kesimetrisan wajah
- (13) Monitor tonjolan lidah
- (14) Monitor cara berjalan
- (15) catat keluhan sakit kepala
- (16) Monitor karakteristik bicara
- (17) Monitor terhadap perbedaan tajam/tumpul atau panas/dingin
- (18) Monitor paresthesia: mati rasa dan kesemutan
- (19) Monitor indra penciuman
- (20) Monitor pola berkeringat
- (21) Monitor respons Babinski
- (22) Monitor respons Cushing
- (23) monitor respon terhadap obat
- (24) Identifikasi pola yang mencolok dalam data
- (25) Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis yang sesuai
- (26) Hindari kegiatan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial

(27) Beri jarak kegiatan keperawatan yang diperlukan yang bisa meningkatkan tekanan intrakranial.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan pasien. Pendekatan yang diberikan adalah pendekatan secara independen, dependen, dan interdependen. Tindakan independen adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat tanpa petunjuk atau arahan dari dokter atau tenaga kesehatan lain. Tindakan dependen adalah tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan tindakan medis. Tindakan interdependen adalah tindakan yang memerlukan suatu kerjasama dengan kesehatan lain (Nursalam, 2011).

Implementasi meliputi klien, perawat, dan staf lainnya yang akan melaksanakan rencana. Komponen lainnya dari proses keperawatan, seperti pengkajian dan perencanaan, berlanjut selama komponen ini. Kemampuan perawat untuk melaksanakan keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis mempengaruhi efektifitas tindakan yang diberikan. Implementasi terdiri atas tiga fase: persiapan, implementasi, dan pasca implementasi. Dalam hal ini, tanggungjawab dan peran perawat, termasuk advokasi klien, koordinasi, delegasi, dan dokumentasi selama setiap fase implementasi diuraikan (Christensen, 2009).

Ketidakefektifan Perfusi Jaringan serebral dapat diatasi dengan memonitor tekanan intracranial yaitu dengan memberikan informasi kepada keluarga, memonitor tekanan intracranial pasien dengan dan respon neurologi terhadap aktivitas dan memonitor intake dan output cairan serta meminimalkan stimuli dari lingkungan, selain itu bisa diatasi dengan memonitor adanya paratase, membatasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung serta berkolaborasi dalam pemberian analgesik dan antibiotik. Berdasarkan jurnal penelitian oleh Murtaqib (2013), penderita stroke harus dimobilisasi sedini mungkin ketika kondisiklinis neurologis

dan hemodinamik penderita sudah mulai stabil. Mobilisasi dilakukan secara rutin dan terus menerus untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke, terutama kontraktur dan darah beku. Mobilisasi pada penderita stroke bertujuan untuk mempertahankan range of motion (ROM) untuk memperbaiki fungsi pernafasan, sirkulasi peredaran darah, mencegah komplikasi dan memaksimalkan aktivitas perawatan diri. Bentuk mobilisasi yang dapat diberikan salah satunya adalah dengan melakukan latihan ROM (Murtaqib, 2013)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dan dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Sedangkan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, dan rekapitulasi atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang diterapkan (Rohmah, 2014). Pada evaluasi keperawatan diharapkan klien mampu melatih terapi Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien dengan menggunakan komponen SOAP yakni S (data subjektif berupa keluhan klien), O (data objektif hasil pemeriksaan), A (analisis perbandingan data dengan teori), dan P (planning atau perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan) (Rohmah, 2014). pada evaluasi ini diharapkan klien dapat:

a) Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

Pasien akan:

- (1) Memiliki sistem saraf pusat dan perifer yang utuh
- (2) Mendemonstrasikan fungsi sensori motorik kranial yang utuh
- (3) Mendemonstrasikan tingkat kesadaran normal
- (4) Menunjukkan fungsi otonom utuh
- (5) Memiliki pupil yang sama dan reaktif

BAB 3. METODE PENULISAN

Bab ini membahas tentang metode penulisan yang digunakan dalam menyelenggarakan laporan kasus terhadap masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral pada pasien stroke.

3.1 Desain Penulisan

Desain penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan desain penulisan laporan kasus yang akan mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah (atau dalam versi kualitatif disebut sebagai definisi operasional) adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus laporan kasus. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan di tambahkan informasi kualitatif sebagai penciri dari batasan yang dibuat penulis.

3.2.1 Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan pada fungsi otak yang terjadi secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran atau fungsi neurologis lainnya yang terjadi lebih dari 24 jam dimana penyebabnya adalah gangguan sirkulasi aliran darah ke otak.

3.2.2 Definisi Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral adalah suatu penurunan jumlah oksigen yang menyebabkan kegagalan untuk memelihara jaringan pada tingkat kapiler.

3.3 Partisipan

3.3.1 Klien yang memiliki diagnosa medis stroke dari Rekam Medis.

3.3.2 Pasien dengan batasan karakteristik yaitu abnormalitas berbicara, perubahan reaksi pupil, kelemahan ekstremitas, perubahan status mental, sulit menelan, perubahan respons motorik, perubahan perilaku.

3.3.3 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*, dan klien sadar.

3.3.4 Pasien menjalani rawat inap maksimal dirawat hari kedua, dan menjalani rawat inap minimal 3 hari

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang.

3.4.2 Waktu pengambilan kasus dilaksanakan pada 28-30 Oktober 2019.

3.5 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data ini terdiri dari macam-macam data, sumber data, serta beberapa metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan. Metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan yaitu wawancara, observasi, dan studi dokumentasi (Afiyanti dan Imami, 2014).

3.5.1 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari tiga langkah yaitu tahap perijinan, kontrak dengan partisipan dan wawancara (Rohmah dan Saiful, 2014).

a. Wawancara

Wawancara adalah hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dll. Sumber data yang didapatkan yaitu dari klien, keluarga, teman dekat dan perawat. Data hasil wawancara pada laporan kasus ini adalah kekuatan klien dalam melakukan aktivitas atau menggerakkan tubuhnya Serta kekuatan ototnya dalam menggerakkan atau melakukan aktivitas.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital klien untuk mengetahui perkembangan status kesehatan klien pada tingkat kesadaran dan keadaan umum. Pemeriksaan fisik dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) pada sistem tubuh klien yang meliputi pemeriksaan sistem muskuloskeletal seperti keluasaan rentang gerak, kekuatan otot, kemampuan mengubah atau membolak-balikkan posisi tubuh, kemampuan mengatur

keseimbangan saat berbaring, duduk, berdiri, kemampuan berpindah dari posisi berbaring ke duduk maupun sebaliknya, dari posisi duduk ke berdiri maupun sebaliknya, dan kemampuan berjalan menggunakan atau tanpa alat bantu, dan sistem neurologis seperti nerves I sampai dengan nerves XII, refleks fisiologis (refleks biceps, triceps, brakhioradialis, patella, achilles) dan refleks patologis (refleks babinski, chaddock, oppenheim, gordon, gonda, scaeffe, dan bing).

1) Studi dokumentasi

Data studi dokumentasi pada laporan kasus ini adalah hasil pemeriksaan CT-Scan, foto thoraks, dan hasil laboratorium (leukosit, asam urat, kadar gula darah, kolesterol).

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data Stroke dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral dimaksudkan untuk menguji data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan menggunakan sumber informasi tambahan melalui triangulasi dari tiga sumber utama yaitu klien, perawat, dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti (Afiyanti dan Imami, 2014)

3.7 Analisis Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut (Afiyanti dan Imami, 2014).

3.5.1 Pengumpulan data, dengan menggunakan hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Studi Dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.

- 3.5.2 Mereduksi data, dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, dianalisa berdasarkan hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi kemudian dibandingkan dengan teori dan fakta yang terdapat di lapangan.
- 3.5.3 Penyajian data, dilakukan dalam bentuk asuhan keperawatan. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.
- 3.5.4 Kesimpulan, dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.8 Etika Penulisan

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan seperti sebagai berikut (Afiyanti dan Imami, 2014).

3.5.5 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan

Penerapan prinsip ini bisa dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (*anonimity*), kerahasiaan data (*confidentiality*), menghargai *privacy dan dignity*, dan menghormati otonomi (*respect for autonomy*) (Afiyanti dan Imami, 2014).

a. Kerahasiaan Identitas Pasien (*Anonimity*)

Penulis tidak mencantumkan nama partisipan atau hanya menuliskan kode partisipan pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan misalnya Tn. J dan Ny. A.

b. Kerahasiaan Data (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data,

penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan dan data-data tersebut hanya bisa diakses oleh penulis.

c. Menghargai *Privacy* dan *Dignity*

Penulis dapat menginformasikan bahwa partisipan berhak untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bagi dirinya untuk menceritakan pengalamannya yang tidak ingin diketahui oleh orang lain. Jika responden merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, partisipan dengan sukarela dapat mengundurkan diri dari proses pengumpulan data kapanpun sesuai keinginan responden.

d. Menghormati Otonomi (*Respect of Autonomy*)

Menghormati otonomi responden adalah pernyataan bahwa setiap responden memiliki hak menentukan dengan bebas, secara sukarela, atau tanpa paksaan untuk berpartisipasi dalam pengumpulan data yang dilakukan.

3.5.6 Prinsip Memperhatikan Kesejahteraan Partisipan

Memperhatikan kesejahteraan partisipan, yaitu peneliti memenuhi hak-hak partisipan dengan cara memperhatikan kemanfaatan (*beneficience*), dan meminimalkan resiko (*nonmaleficience*) dari kegiatan penulisan yang dilakukan dengan memperhatikan kebebasan dari bahaya (*free from harm*), eksploitasi (*free from exploitation*) dan ketidaknyamanan (*free from discomfort*) (Afiyanti dan Imami, 2014).

a. Kemanfaatan (*Beneficience*)

Prinsip kemanfaatan yaitu setiap penulis wajib meyakinkan kegiatan yang dilakukan tidak menimbulkan bahaya, tidak mengeksploitasi, dan tidak mengganggu kenyamanan klien, baik dari bahaya fisik maupun bahaya psikologis yang dapat meningkatkan keparahan penyakit yang dialami klien, seperti saat melakukan latihan ROM aktif/pasif untuk mencegah kontraktur sendi, mencegah ulkus dekubitus, dan meningkatkan kekuatan otot, latihan miring kanan/kiri untuk mencegah adanya kontraktur sendi dan ulkus dekubitus.

b. Meminimalkan Risiko (*Nonmaleficience*)

Pinsip meminimalkan risiko menyatakan bahwa responden memiliki hak untuk diberi penjelasan tentang bahaya atau risiko yang dapat ditimbulkan selama kegiatan dilakukan seperti saat memberikan posisi head up 15o – 20o tetapi lebih dari 20o akan menimbulkan resiko peningkatan TIK, saat latihan miring kanan/kiri dapat menimbulkan rasa nyeri dan pusing jika dilakukan secara tidak tepat, saat dilakukan latihan ROM aktif/pasif melebihi kemampuan rentang gerak sendi akan membuat klien merasa kesakitan, saat latihan berdiri jika tidak diawasi dan didampingi, klien akan terjatuh.

c. Kebebasan dari Bahaya (*Free From Harm*) dan Ketidaknyamanan (*Free From Discomfort*)

Responden diberi informasi jika kegiatan yang dilakukan menyebabkan ketidaknyamanan, maka responden memiliki hak untuk tidak melanjutkan partisipasinya dalam kegiatan yang dilakukan. Hak bebas dari ketidaknyamanan atau bebas dari bahaya (*free from harm*), seperti secara fisik dapat mengalami kelelahan misalnya saat dianjurkan latihan berdiri dan berjalan, secara psikologis dapat mengalami stres dan rasa takut misalnya klien dipaksa untuk berjalan dengan alat bantu tetapi klien merasa secara psikologis belum siap untuk berjalan.

d. Eksploitasi (*Free From Exploitation*)

Hak bebas dari eksploitasi (*Free From Exploitation*) menyatakan bahwa keterlibatan para responden dalam kegiatan pengumpulan data yang dilakukan tidak boleh merugikan responden atau membuat responden terpapar situasi yang membuat responden tidak siap karena merasa tereksplorasi untuk menjawab pertanyaan yang sangat pribadi. Responden harus dipastikan bahwa informasi yang telah responden berikan, tidak digunakan untuk balik menentangnya.

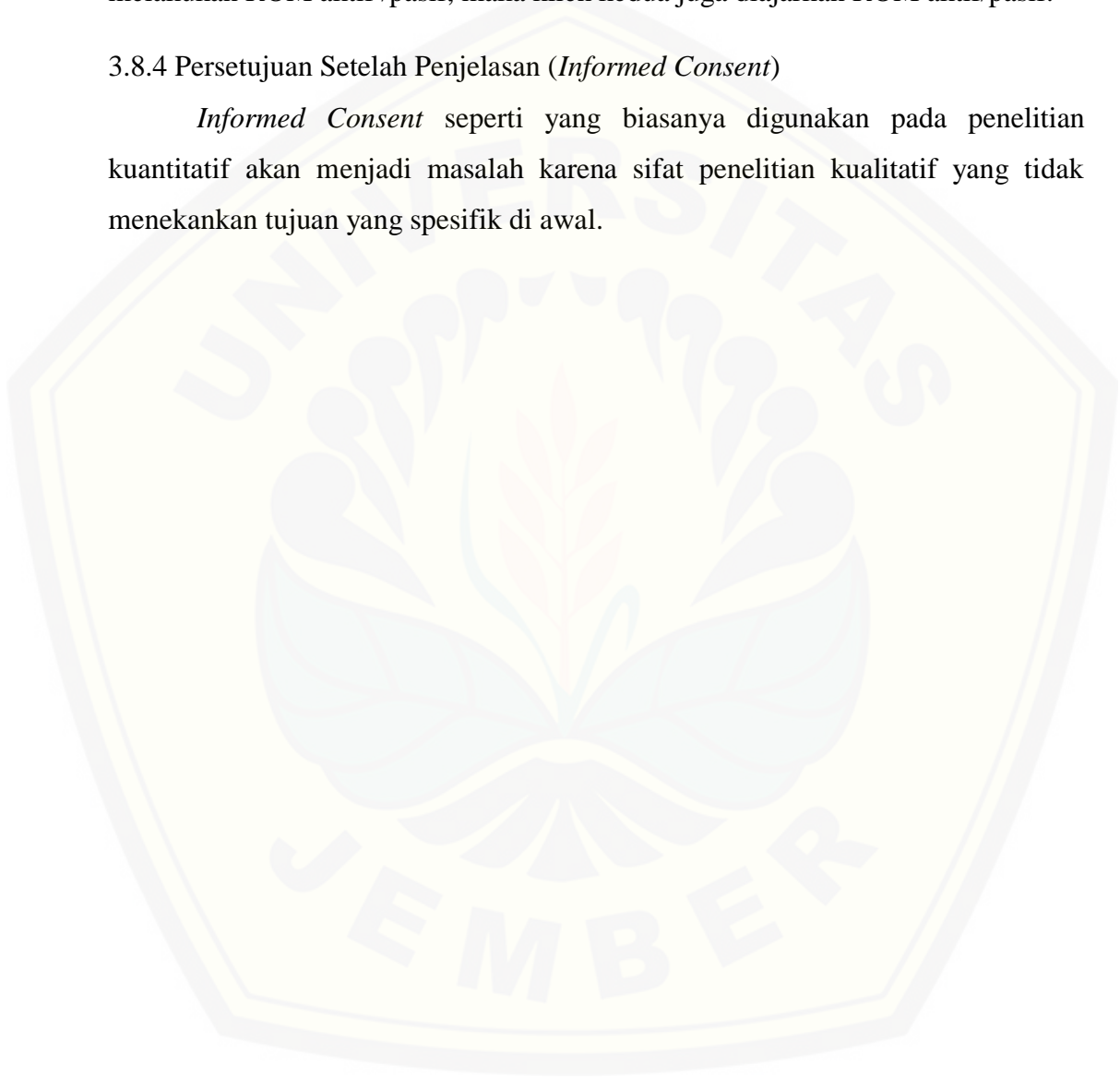
3.8.3 Prinsip Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua partisipan memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan

yang disepakati misalnya saat melakukan intervensi antara kedua klien harus sama, walaupun implementasi yang dilakukan pada klien akan berbeda sesuai dengan kondisi klien, sehingga penulis harus menjelaskan penyebab perbedaan perlakuan saat dilakukan implementasi misalnya klien pertama dilatih cara melakukan ROM aktif /pasif, maka klien kedua juga diajarkan ROM aktif/pasif.

3.8.4 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Informed Consent seperti yang biasanya digunakan pada penelitian kuantitatif akan menjadi masalah karena sifat penelitian kualitatif yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal.



BAB 5. PENUTUP

Pada bab 5 ini penulis menguraikan atau memaparkan hasil kesimpulan dan saran dari laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. M dan Tn. M Dengan Stroke Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”.

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada klien stroke dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral, dengan hasil pengkajian pada kedua klien adanya perbedaan usia pada klien 1 yaitu 69 tahun dan berjenis kelamin laki-laki, pada klien 2 yaitu berusia 64 tahun dan berjenis kelamin laki-laki. Klien 1 mengeluhkan pada bagian tangan dan kaki sebelah kanan tidak bisa digerakkan, serta memiliki riwayat penyakit hipertensi kurang lebih sejak 5 tahun yang lalu. Klien ke 2 mengeluhkan pada bagian tangan dan kaki sebelah kanan tidak dapat digerakkan dan mengeluhkan pada saat berbicara intonasi tidak jelas/ Disartria (pelo), serta memiliki riwayat penyakit hipertensi kurang lebih 7 tahun yang lalu dan memiliki kebiasaan merokok.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada kedua klien, didapatkan diagnose keperawatan prioritas yaitu Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral dikarenakan adanya Gangguan transpor oksigen melalui alveoli dan membran kapiler.

5.1.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang direncanakan pada klien Stroke Iskemik dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral ada 7 intervensi mandiri antara lain intervensi pemberian posisi yang meliputi kaji kemampuan fungsi dan luas hambatan pada saat pertama kali dan secara teratur, intervensi terapi latihan kontrol otot yang meliputi latihan rentang gerak aktif atau

pasif (ROM), bantu klien mengembangkan keseimbangan saat duduk, serta intervensi kolaborasi.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua klien, mengacu pada intervensi keperawatan yang telah direncanakan. Hal ini dikarenakan implementasi dilakukan sesuai dengan keadaan dan persetujuan dari klien. Implementasi dilakukan secara bertahap. Beberapa implementasi hanya perlu dilakukan satu kali dalam tiga hari, dan ada implementasi yang dilakukan setiap hari yaitu intervensi latihan rentang gerak (ROM) sebanyak dua kali sehari.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Penulis

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu dan pengalaman yang didapat dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang sebagai acuan dan arahan dalam melakukan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberikan proses asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral. Hal ini dikarenakan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke dapat menimbulkan komplikasi lainnya. Perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang tepat agar tidak menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

5.2.3 Bagi Keluarga

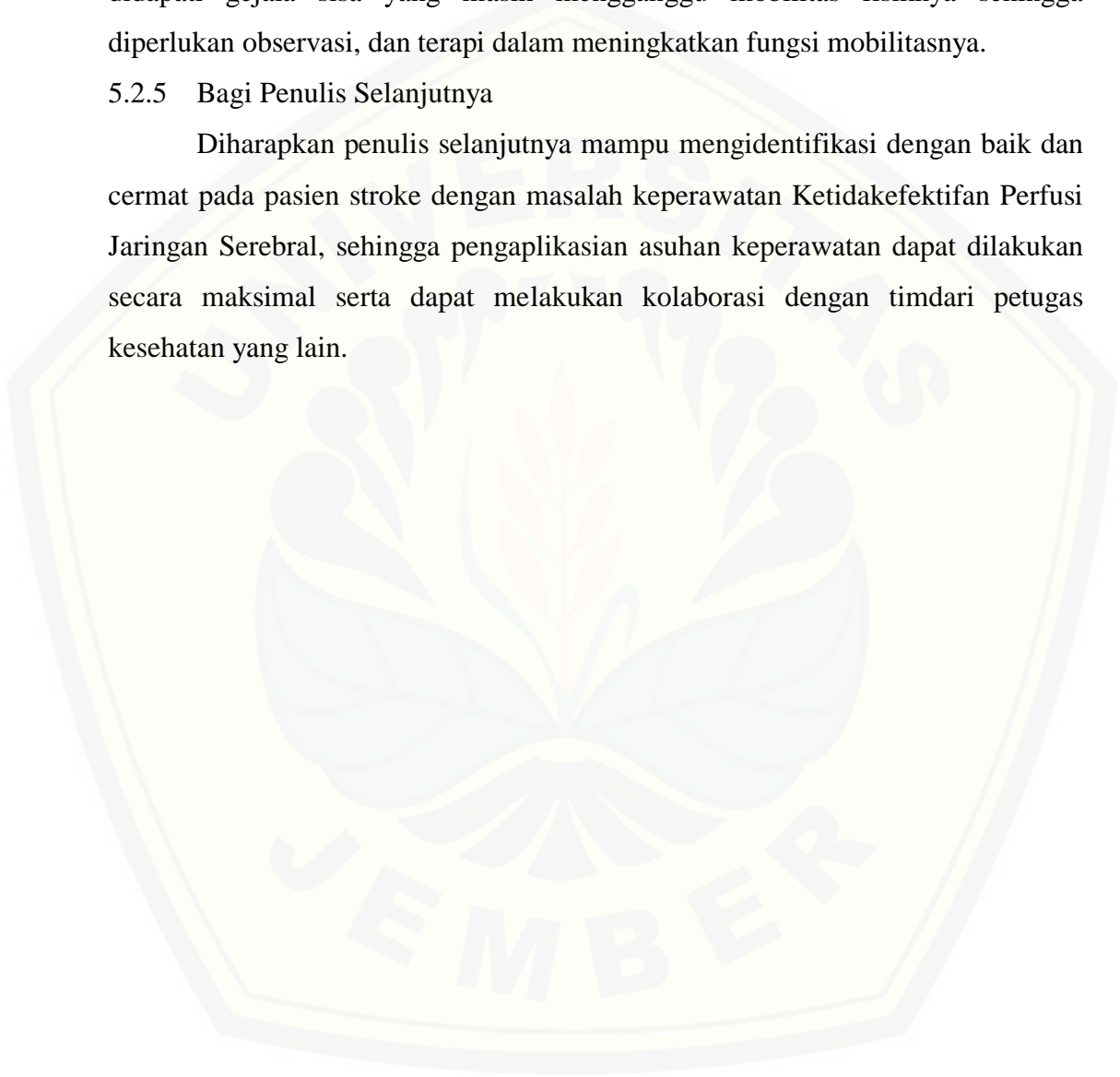
Diharapkan keluarga dapat membantu beberapa atau semua aktivitas yang dibutuhkan oleh pasien. Keluarga juga harus mengetahui cara pada pasien stroke iskemik dengan masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral. Hal ini bertujuan agar keluarga berperan aktif dalam proses penyembuhan klien, dan keluarga dapat melakukan perawatan lebih lanjut setelah klien di perbolehkan pulang ke rumah.

5.2.4 Bagi RSUD dr. Haryoto Lumajang

Diharapkan rumah sakit memiliki ruangan khusus untuk stroke dan peralatan yang mendukung proses pengobatan. Hal ini dikarenakan pasien dengan masalah stroke semakin meningkat, rata-rata pasien yang mengalami stroke didapati gejala sisa yang masih mengganggu mobilitas fisiknya sehingga diperlukan observasi, dan terapi dalam meningkatkan fungsi mobilitasnya.

5.2.5 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan cermat pada pasien stroke dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral, sehingga pengaplikasian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal serta dapat melakukan kolaborasi dengan tim dari petugas kesehatan yang lain.



DAFTAR PUSTAKA

- Anurogo, d.D. & dr Fritz Sumantri Usman, S..S..F., 2014. *45 Penyakit dan Gangguan Syaraf: Deteksi Dini & Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. Yogyakarta.
- Anurogo, D. & Usman, F.S., 2014. *45 Penyakit dan Gangguan Syaraf: Deteksi Dini & Atasi 45 Penyakit dan Gangguan Syaraf*. 1st ed. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Aspiani, R.Y., 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik Jilid 1*. Jakarta: Trans Info Media.
- Azwarli, Astuti, A. & Erwinsyah, 2017. Faktor resiko stroke di kota jambi tahun 2016. *riset Informasi Kesehatan*, 6, pp.24-29.
- Bilotta, K.A.J., 2014. *Kapita Selekta Penyakit: Dengan Implikasi Keperawatan*. 2nd ed. Jakarta: EGC.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M., 2016. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. Singapore: Elsevier Global Rights.
- Dinata, C.A., Safrita, Y. & Sastri, S., 2013. Gambaran Faktor Resiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2, pp.57-61.
- Ester, C. (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Fadhilah, A.R. & Notobroto, H.B., 2016. Analisis Regresi Logistik Biner pada Kejadian Transient Ischemic Attack (Tia) di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Biometrika dan Kependudukan*, 5, pp.157-65.
- Ghani, L., Mihardja, L.K. & Delima, 2016. Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 44, pp.49-58.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S., 2018. *NANDA-I Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. 11th ed. Jakarta: EGC.
- Hopkins, T., 2016. *intisari Medikal-Bedah*. 3rd ed. Jakarta: EGC.

- Kushariyadi, 2011. *Asuhan Keperawatan pada Klien Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Laily, S.R., 2017. Hubungan Karakteristik Penderita Dan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Iskemik. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5, pp.48-59.
- Mardhiah, A., Nurleli & Hermansyah, 2015. Persepsi Pasien Stroke Tentang Dukungan Pasangan Di Banda Aceh. *Idea Nursing Jurnal*, VI, pp.62-73.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. & Swanson, E., 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5th ed. Singapore: Elsevier Global Rights.
- Murtaqib, 2013. Pengaruh Latihan Range Of Motion (Rom) Aktif Terhadap Perubahan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Stroke Di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Ikesma*, 9(2), pp.106-15.
- Muttaqin, A., 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. 1st ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Nuraeni, R., 2017. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Cerebral Di Ruang Kenanga Rsud Dr. Soedirman Kebumen*.
- Nurarif, A.H. & Kusuma, H., 2015. *Nanda Nic Noc: Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. revisi ed. Yogyakarta: Mediacton.
- Padila, S.K..N., 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. 1st ed. yogyakarta: Nuha Medika.
- Riyanto, R. & Brahmadi, A., 2017. Pengaruh Subtype Stroke Terhadap Terjadinya Demensia Vascular Pada Pasien Post Stroke Di Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo. *1Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Purwokerto*, 15, pp.23-29.
- Riyanto, R. & Brahmadi, A., 2017. Pengaruh Subtype Stroke Terhadap Terjadinya Demensia Vascular Pada Pasien Post Stroke Di Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo. *Medisains: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 15, Pp.23-30.

- Sari, W.W., Rosyidah, I. & Muslim, A., 2017. Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Stroke Hemoragik Dengan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral. *Nursing Journal of STIKES Insan Cendekia Medika Jombang* , 14.
- Setyawan, A.D., Rosita, A. & Yunitasar, N., 2017. Pengaruh Pemberian Terapi Rom (Range Of Motion) Terhadap Penyembuhan Penyakit Stroke. *Global Health Science*, 2(2), pp.87-90.
- Smeltzer, S.C., 2015. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth*. 12th ed. Jakarta: EGC.
- Suratun, S., Heryati, S.K.M.K., Santa Manurung, S.M.K. & Dra Een Raenah, S., 2008. *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Egc.
- Wayunah & Saefulloh, M., 2016. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Di Rsud Indramayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(2), pp.65-76.
- Wicaksana, I.E.P., Wati, A.P. & Muhartomo, H., 2017. Perbedaan Jenis Kelamin Sebagai Faktor Risiko Terhadap Keluaran Klinis Pasien Stroke Iskemik. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6, pp.655-62.
- Wilkinson, J.M., 2016. *Diagnosis Nanda-I intervensi NIC Hasil NOC*. 10th ed. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J.M. & Ahern, N.R., 2015. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan: NANDA NIC NOC*. 9th ed. Jakarta: EGC.
- Wiyadi, Parellangi & W, H.P., 2017. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Penyakit Stroke. *Mahakam Nursing Journal*, 2(2), pp.80-87.
- Zarmi, M.S.D., 2017. Hubungan Kondisi Fisik Dan Mekanisme Koping Individu Dengan Harga Diri Penderita Pasca Stroke Di Poliklinik Saraf Rsud Raden Mataher Jambi. *Jurnal Akademika Baiturrahim*, 6, p.2.

Lampiran 2 SAP

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
“Terapi Range of Motion (ROM)”**



Oleh:

Bram Satya Nugroho

NIM 162303101023

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topic : Terapi Range Of Motion (ROM)
Hari/Tanggal :
Waktu : 25 menit
Tempat : Di Ruang Melati No... RSUD dr. Haryoto Lumajang
Sasaran : Pasien 1 dan pasien 2

A. Analisa Situasi

1. Peserta
 - a. Jumlah 2-4 Orang
2. Penyuluh
 - a. Mahasiswi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang
 - b. Mampu mengetahui lebih detail tentang ruang lingkup tentang terapi ROM
3. Ruangan
 - a. Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
 - b. Penerangan dan ventilasi kondusif

B. Tujuan Penyuluhan

1. Tujuan umum
Setelah mendapatkan penyuluhan diharapkan pasien dan keluarga dapat mengetahui dan memahami ruang lingkup terapi ROM
2. Tujuan khusus
 - a. Pasien/keluarga mampu mendefinisikan terapi ROM
 - b. Pasien/keluarga menyebutkan manfaat serta klasifikasi ROM
 - c. Pasien/keluarga mampu menjelaskan tata laksana ROM

C. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyebab	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembukaan 2. Perkenalan diri 3. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus 4. Kontrak waktu 	Memperhatikan dan menjawab salam	Ceramah	2 menit
Penyajian	Penyampaian materi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian terapi ROM 2. Menjelaskan manfaat terapi ROM 3. Menjelaskan prinsip dasar terapi ROM 4. Menjelaskan klasifikasi terapi ROM 5. Menjelaskan tata laksana terapi ROM 	Mendengarkan dan memperhatikan	Ceramah dan Tanya jawab	20 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pertanyaan 2. Menyimpulkan isi materi penyuluhan 3. Salam penutup 	Bertanya dan menjawab	Ceramah dan Tanya jawab	3 menit

D. Materi

Terlampir

E. Media dan alat penyuluhan :

Leaflet

F. Metode penyuluhan :

Ceramah

Praktik

Tanya jawab

G. Pengorganisasian

Penyaji : Bram Satya Nugroho

H. Evaluasi

1. Peserta dapat menjelaskan kembali pengertian terapi ROM
2. Peserta dapat mengetahui manfaat terapi ROM
3. Peserta mampu menjelaskan tata laksana ROM
4. Peserta dapat mendemonstrasikan kembali tata laksana terapi ROM

I. Paparan Materi

- a. Definisi (Suratun S. , Heryati, Santa Manurung, & Dra Een Raenah, 2008).

Range of Motion (ROM) adalah gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan.

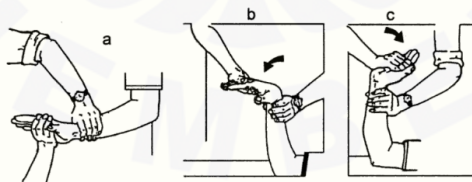
- b. Manfaat ROM (Suratun S. , Heryati, Santa Manurung, & Dra Een Raenah, 2008).

- 1) Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
- 2) Memelihara mobilitas persendian
- 3) Merangsang sirkulasi darah
- 4) Mencegah kelainan bentuk

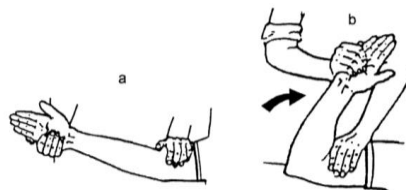
- c. Prinsip dasar latihan ROM (Suratun S. , Heryati, Santa Manurung, & Dra Een Raenah, 2008).

- 1) ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari
- 2) ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien
- 3) Dalam merencanakan program latihan ROM, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring.
- 4) ROM sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh ahli fisioterapi

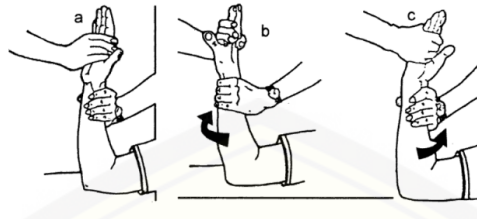
- 5) Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki.
 - 6) ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.
 - 7) Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan
- d. Klasifikasi ROM (Suratun S. , Heryati, Santa Manurung, & Dra Een Raenah, 2008).
- 1) ROM pasif adalah latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat setiap gerakan. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien usia lanjut dengan mobilitas terbatas, pasien tirah baring total, atau pasien dengan paralisis ekstremitas total.
 - 2) ROM aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Indikasi latihan aktif adalah semua pasien yang dirawat dan mampu melakukan ROM sendiri dan kooperatif.
- e. Tata Laksana (Suratun S. , Heryati, Santa Manurung, & Dra Een Raenah, 2008).
- 1) ROM Pasif
 - a) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan



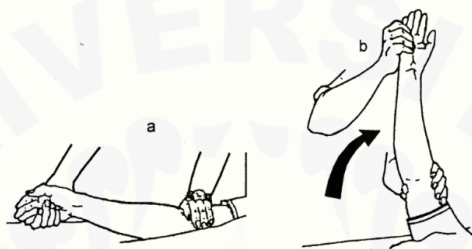
- b) Fleksi dan ekstensi siku



c) Pronasi dan supinasi lengan bawah



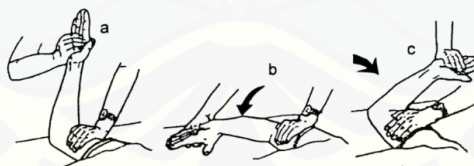
d) Fleksi dan ekstensi bahu



e) Abduksi dan adduksi bahu



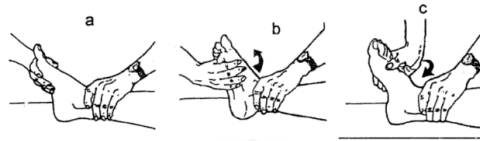
f) Rotasi bahu



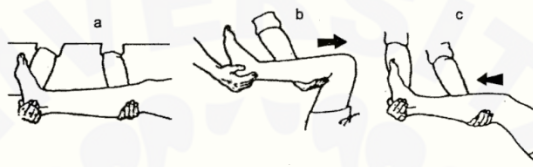
g) Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki



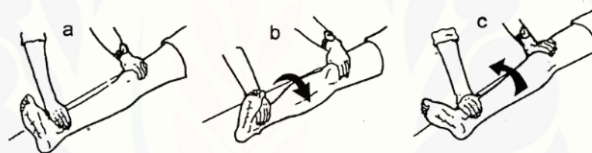
h) Inversi dan eversi kaki



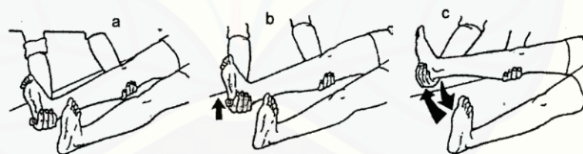
i) Fleksi dan ekstensi lutut



j) Rotasi pangkal paha

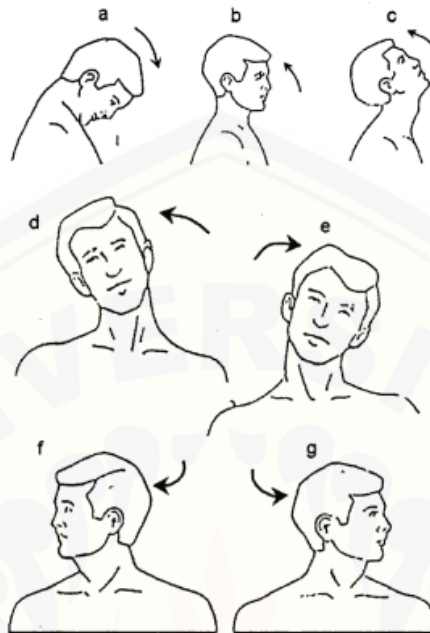


k) Adduksi dan abduksi pangkal paha



2) ROM Aktif

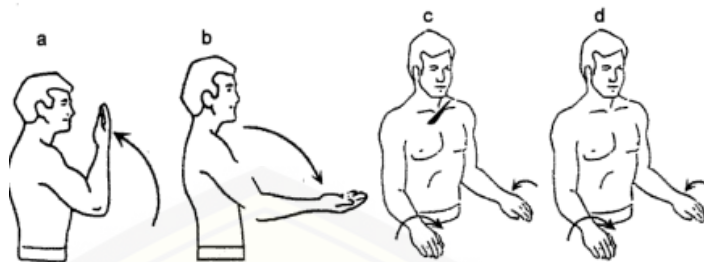
a) Latihan leher



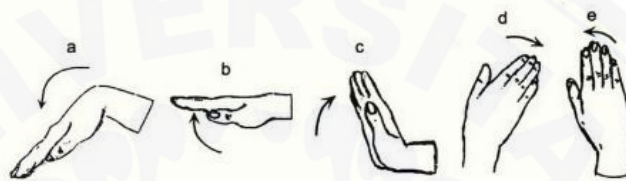
b) Latihan bahu



c) Latihan siku



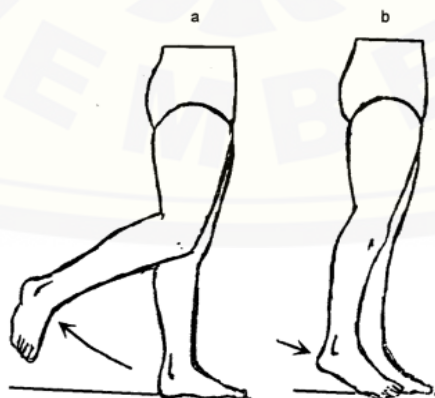
d) Latihan pergelangan tangan



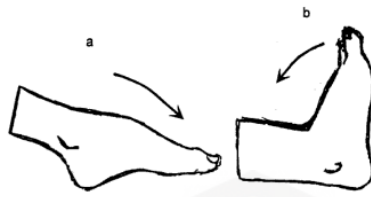
e) Latihan jari-jari tangan



f) Latihan lutut




g) Latihan pergelangan kaki



h) Latihan kaki



Lampiran 3 Surat Ijin Pengambilan Pasien

 **KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
Email : d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 911 /UN25.1.14.2/ LT /2019

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor : 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 1 September 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Bram Satya Nugroho
Nomor Induk Mahasiswa : 162303101023
Tempat, Tanggal Lahir : Jember, 27 Juli 1996
Prodi : D3 Keperawatan
Tingkat / Semester : III/ VII
A l a m a t : Jl. Tirtonadi Dusun Krajan RT 010/RW 005 Desa Umbulrejo
Kecamatan Umbulsari Kabupaten Jember

dijijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019".


Dengan pembimbing :

1. Laili Nur Azizah, S.Kep.Ns., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang
Pada Tanggal : 1 September 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang


NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
NIP. 19650629 198703 2 008

Lampiran 4 Surat Pengantar

Lumajang, 1 September 2019

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan
UNEJ Kampus Lumajang
di –
LUMAJANG

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang :

Nama : Bram Satya Nugroho
NIM : 162303101023

Telah mendapatkan ijin dari Pembimbing Tugas Akhir saya untuk menyusun Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Pada Tahun 2019.”


Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon perkenan Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang untuk memberikan surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut dibawah ini :

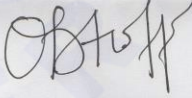
Nama Instansi : RSUD dr. Haryoto Lumajang
Alamat : Jl. Basuki Rahmat No. 5, Tompokersan, Kecamatan Lumajang, Kabupaten Lumajang, Jawa Timur 67316
Waktu penelitian : September 2019 – November 2019

Demikian atas perkenannya diucapkan terima kasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI

Hormat kami,
Pemohon,


Laili Nur Azizah, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 19751004 200801 2 2016


Bram Satya Nugroho
NIM 162303101023

Lampiran 5 *Informed Consent*

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : S.....
Umur : 65.....
Jenis kelamin : Laki-laki.....
Alamat : Ds - SENTUL BENDUO.....
Pekerjaan : DAGANG.....

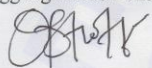
Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan
Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun
2019"

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

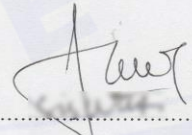
Lumajang, 28 Okt 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian



Bram Satya Nugroho
NIM. 162303101023

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(.....)

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

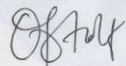
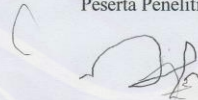
Nama : M.....
Umur : 64.....
Jenis kelamin : LAKI LAKI.....
Alamat : DUREN KRAKAH.....
Pekerjaan : PETANI.....

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan risiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral di RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2019”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 28 Okt 2019.

Mengetahui,
Penanggung Jawab PenelitianBram Satya Nugroho
NIM. 162303101023Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

(.....)



ROM adalah Melakukan Latihan / pergerakan pada Sistem Persendian

APA itu ROM

Manfaat ROM

- 1) Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot
- 2) Memelihara mobilitas persendian
- 3) Merangsang sirkulasi darah
- 4) Mencegah kelainan bentuk

Jenis ROM

1. ROM Aktif
2. ROM Pasif

Gerakan ROM

1. Gerakan Leher :

- Mengangkat Daggu ke arah atas
- Kembalikan posisi ke awal
- Tekuk Kepala belakang sejauh mungkin



Figure 4. Stretching and Strengthening exercises for the neck

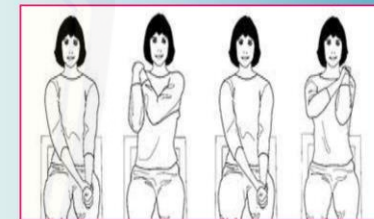
2. Gerakan Bahu :



- Angkat lengan ke atas kearah kepala
- Kembalikan lengan ke posisi awal
- Gerakkan lengan kebelakang tubuh dengan posisi tetap lurus
- Angkat tangan kesamping dengan telapak tangan kearah atas
- Kembalikan posisi lengan kearah tubuh
- Tekuk siku dan gerakkan kedepan
- Tekuk siku dan gerakkan kearah atas ke belakang
- Gerakkan bahu dengan lingkaran penuh

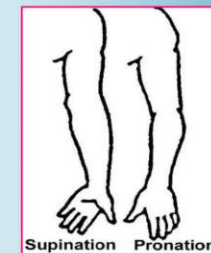
3. Gerakan Siku :

- Tekuk Siku sejajar dengan lengan atas
- Luruskan siku ke posisi awal
- Luruskan siku sejauh mungkin



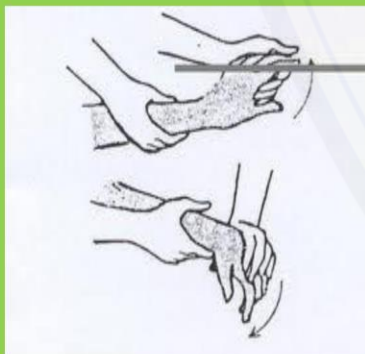
4. Gerakan Lengan Bawah :

- Putar lengan bawah dengan posisi tangan terbuka ke atas
- Putar lengan bawah dengan posisi tangan terbuka ke bawah



5. Gerakan Pergelangan Tangan

- Gerakkan telapak tangan ke bawah
- Gerakkan tangan sejajar dengan lengan bawah
- Gerakkan tangan ke atas ke arah bahu
- Tekuk pergelangan tangan ke arah dalam
- Tekuk pergelangan tangan ke arah luar



6. Gerakan Jari :

- Kepalkan tangan
- Luruskan jari/terbuka
- Tekuk jari ke belakang
- Jauhkan masing-masing jari
- Gabung jari secara bersama-sama



7. Gerakan Ibu Jari :

- Gerakkan ibu jari ke telapak tangan
- Gerakkan ibu jari kembali menjauh
- Gerakkan ibu jari kesamping
- Gerakkan ibu jari kedalam

- Sentuh jari-jari dengan ibu jari
- RANGE OF MOTION
(ROM)
LATIHAN AKTIF DAN
PASIF**



PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
KAMPUS LUMAJANG
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019