

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Model Konsep dan Teori Keperawatan

2.1.1 Teori Dorothea Orem (Teori Orem)

Dorothea E. Orem adalah seorang teoritis keperawatan di Amerika. Lahir di Baltimore, Maryland pada tanggal 15 Juli 1914, Dorothea Eliazbeth Orem dikenal sebagai penteoris defisit perawatan diri. Pada usia 92 tahun, kehidupan Orem pun harus berakhir, dia meninggal pada tanggal 22 Juni 2007. Dorothea E. Orem mengawali karir di bidang keperawatan saat ia menerima gelar diploma di Providence Hospital School of Nursing (Washington) pada tahun 1934. Dia kemudian meraih gelar sarjana (B.S.) di Catholic University of America pada tahun 1939. Pada tahun 1946, Orem meraih gelar master keperawatan (M.S.) di Catholic University of America. Tahun 1976 mendapat gelar dokter Honoris Causa. Ia meraih beberapa gelar Doktor kehormatan. Dia diberi gelar Dokter Ilmu Kehormatan dari Universitas Georgetown pada tahun 1976 dan Incarnate Word College pada tahun 1980. Dia diberikan Dokter Kehormatan Surat Kemanusiaan dari Universitas Illinois Wesleyan pada tahun 1988 dan doctor Honoris Causae dari Universitas Missouri di Columbia pada tahun 1998. Dia Juga diberi banyak penghargaan selama karirnya : Penghargaan Prestasi Alumni Universitas Katolik Amerika untuk teori Keperawatan pada tahun 1980, penghargaan Lind Richards dari liga Nasional untuk Keperawatan pada tahun 1991 dan dinobatkan sebagai Anggota Kehormatan American Academy of nursing di tahun 1992 (Cucu & Irna, 2024)

Dari pandangan teoritis ini, adalah penting bahwa perawat memiliki pengetahuan substantif tentang perawatan diri dan pahami itu manusia sama-sama menjadi fokus tindakan mereka sendiri dan agen mereka tindakan. Teori Orem menyatakan bahwa perawatan diri merupakan konsep multidimensi yang sangat kompleks. Perawatan diri merupakan perawatan seorang individu dimana hal tersebut dibutuhkan dalam melakukan tugas dan perkembangannya. Orem mengembangkan teori *Self Care Deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu: 1) *Self Care*; 2) *Self-care deficit* dan

3) *Nursing system*. Ketiga teori tersebut dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self-care*, *self-care agency*, kebutuhan *self-care therapeutic* (*self-care demand*), *self-care defisit*, *nursing agency*, dan *nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor* (faktor kondisi dasar). Postulat *self-care* teori mengatakan bahwa *self-care* tergantung dari perilaku yang telah dipelajari, individu berinisiatif dan membentuk sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya. Sehingga penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan Teori Orem untuk kasus stroke nonhemoragik (Cucu & Irna, 2024).

Model konsep ini dikenal dengan Model Self Care memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan sesuai dengan keadaan sehat dan sakit, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri. Model self care (perawatan diri) ini memiliki keyakinan dan nilai yang ada dalam keperawatan diantaranya dalam pelaksanaan berdasarkan tindakan atas kemampuan. Self care didasarkan atas kesengajaan serta dalam pengambilan keputusan dijadikan sebagai pedoman dalam tindakan, setiap manusia menghendaki adanya self care dan sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia, seseorang mempunyai hak dan tanggung jawab dalam perawatan diri sendiri dan orang lain dalam memelihara kesejahteraan, self care juga merupakan perubahan tingkah laku secara lambat dan terus menerus didukung oleh pengalaman social sebagai hubungan interpersonal, self care akan meningkatkan harga diri seseorang dan dapat mempengaruhi dalam perubahan konsep diri (Widuri, 2022).

Teori ini menjadi model keperawatan pertama yang dikembangkan. Berdasarkan teori model Orem terdiri dari 3 perspektif teoritis berikut ini : Teori perawatan diri (*self care theory*), Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*) dan Teori sistem keperawatan (*nursing system theory*) (Cucu & Irna, 2024).

1. Teori perawatan diri (*self care theory*) : menggambarkan aktivitas individu yang melakukan kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dalam merawat diri dengan tujuan mempertahankan hidup, menjaga kesehatan dan menyejahterahkan diri. Secara singkat perawatan diri menjadikan diri sebagai perilaku konkret. Perawatan diri secara umum dilakukan oleh orang dewasa, sedangkan apabila sakit/tidak mampu dapat dibantu oleh orang lain (Cucu & Irna, 2024).

2. Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*): Defisit perawatan diri muncul saat hubungan antara efek perawatan diri dan persyaratan/kebutuhan terapeutik tidak memadai, tidak seimbang dan kebutuhan pasien tidak terpenuhi. Menggambarkan keadaan individu dalam membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan perawatan diri (Cucu & Irna, 2024).

3. Teori sistem keperawatan (*nursing system theory*): menggambarkan dan menjelaskan hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh seorang perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif (Cucu & Irna, 2024).

Ketiga teori SCDNT Orem dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; self care, self care agency, kebutuhan self care terapeutik, self care defisit, nursing agency, dan nursing system, serta satu konsep perifer yaitu basic conditioning factor (faktor kondisi dasar). Adapun penjelasan terhadap ketiga teori tersebut diantaranya (Cucu & Irna, 2024):

Teori perawatan diri (*self care theory*) berdasarkan Orem terdiri dari :

1. Perawatan diri adalah aktivitas yang dilakukan setiap hari oleh individu dalam memenuhi kebutuhannya untuk mempertahankan hidup, menjaga kesehatan dan menyejahterahkan diri. Pada seseorang yang mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan perawatan diri, maka memerlukan bantuan orang lain untuk membantu memenuhinya (Cucu & Irna, 2024).

2. Kemampuan perawatan diri (*self care agency*) adalah kemampuan kompleks dimiliki oleh individu atau orang-orang dewasa (matur) untuk terlibat melakukan tindakan memenuhi kebutuhan hidupnya dalam mencapai suatu tujuan. Kemampuan perawatan diri mengacu pada kekuatan atau kemampuan untuk terlibat dalam tindakan pemenuhan kebutuhan perawatan diri (*self care*). Kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidupnya dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, tingkat perkembangan, sosiokultural, kesehatan. Kemampuan perawatan diri (*self care agency*) merupakan kemampuan individu untuk terus mengevaluasi kebutuhan berhubungan dengan kesehatan dan melakukan kegiatan perawatan diri yang bertujuan untuk mempromosikan, menjaga kesehatan dan kesejahteraan. Beberapa Penelitian menyebutkan bahwa kemampuan perawatan diri (*self care agency*) sebagai konstruksi penting dalam pengembangan dan pemeliharaan perilaku promosi serta kemampuan manajemen diri dari penyakit spesifik dalam memberikan perawatan dan minum obat dengan benar. Berbagai penelitian tentang kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) dilakukan oleh para ahli keperawatan dengan menggunakan berbagai instrumen. Beberapa diantaranya adalah *Appraisal of Self-Care Agency (ASA) Scale*, *Self-as-Carer Inventory (SCI)*, *Denyes self-care agency instrument (DSCAI)*, *The Exercise of Self-Care Agency (ESCA)*, *The Perception of Self-Care Agency Questionnaire*, *The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-S)*, dan *The Mental Health Self-Care Agency Scale (MH-SCA)*. *Denyes self-care agency instrument (DSCAI)* dirancang untuk individu agar dapat mengukur kekuatan (ego, penilaian kesehatan, pengetahuan kesehatan, perasaan dan perhatian) serta keterbatasan yang dimiliki sehingga mampu mengambil keputusan tentang hal yang harus dilakukan untuk memenuhi *self care*-nya (Widuri, 2022).
3. Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*therapeutic self care demands*) adalah tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan

diri individu melalui cara-cara tertentu seperti, pengaturan nilai-nilai terkait dengan keadekuatan pemenuhan udara, cairan serta pemenuhan elemen-elemen aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan) (Widuri, 2022).

Dalam pandangan tentang teori dan konsep keperawatan, Orem mempunyai pandangan bahwa teori dan konsep dilakukan untuk merefleksikan antara individu dengan lingkungan, mengganbarkan apa yang mereka lakukan, menggunakan kreasi dalam berfikir dan berkomunikasi, serta dalam melakukan perbuatan seharusnya sesuai dengan diri dan lingkungan sehingga dalam prakteknya Orem menggunakan langkah dalam proses keperawatan dengan menentukan diagnosis dan perintah, menentukan mengapa keperawatan dibutuhkan, menganalisis dan mengitepretasikan dengan membuat keputusan, merancang sistem perawatan dengan merencanakan perawatan sesuai dengan system perawatan dengan merencanakan perawatan sesuai dengan system perawatan yang dibutuhkan, mengusahakan dalam pengaturan dan pengontrolan perawatan yang akan diberikan dalam memenuhi keterbatasan perawatan diri sendiri, mengatasi masalah keterbatasan serta mempertahankan dan menjaga kemampuan pasien dalam perawatan diri (Widuri, 2022).

2.3 Pengertian CVA

Stroke atau *Cerebral Vasculer Accident* (CVA) merupakan hilangnya fungsi otak akibat terhentinya aliran darah ke bagian otak, biasanya merupakan akumulasi dari penyakit *cerebrovascular* yang sudah lama. Stroke adalah suatu gejala klinis yang timbul secara tiba-tiba dan berlangsung 24 jam atau lebih. Kemudian, CVA Infark itu sendiri yaitu adanya sumbatan kecil yang mempunyai diameter kurang dari 15 mm dan disebabkan oleh oklusi arteri penetrans (Knight-Greenfield et al., 2019).

2.3 Klasifikasi CVA

Menurut (Barthels & Das, 2021) klasifikasi CVA dapat dibagi menjadi dua, yaitu nonhemoragi/iskemi/infark dan hemoragi :

1. Nonhemoragi/iskemi/infark
 - a. Serangan iskemi sepiintas (Transient Ischemic Attack-TIA). TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.
 - b. Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (Reversibel Ischemic Neurology Deficit – RIND). Tanda dan gejala gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari 3 minggu)
 - c. In Evolutional atau Progressing Stroke, gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.
 - d. Stroke komplet (Completed Stroke /Permanent Stroke). Gejala dan gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.
2. Stroke Hemoragi
 - a. Perdarahan intrakranial dibedakan berdasarkan tempat perdarahannya, yakni di rongga subaraknoid atau didalam parenkim otak (intrakerebral). Ada juga perdarahan yang terjadi bersamaan pada kedua tempat diatas seperti: perdarahan subaraknoid yang bocor ke dalam otak atau sebaliknya. Selanjutnya gangguan-gangguan arteri yang menimbulkan perdarahan otak spontan dibedakan lagi berdasarkan ukuran dan lokasi.

2.4 Etiologi CVA

Etiologi stroke biasanya diakibatkan salah satu dari empat penyebab sebagai berikut (Kuriakose & Xiao, 2020) :

1. Thrombosis Cerebral
Arteriosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang merupakan penyebab umum dari stroke. Tanda-tanda trombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah onset yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami onset yang tidak dapat dibedakan dari hemoragik intrakerebral atau embolisme serebral. Secara umum, trombosis serebral tidak terjadi

dengan tiba-tiba, dan kehilangan bicara, hemiplegia, atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului onset paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

2. Embolisme Serebral

Embolus biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya sehingga merusak sirkulasi serebral. Onset hemiparisi atau hemipalgi tiba-tiba dengan afasia, tanpa afasia, atau kehilangan kesadaran pada pasien dengan penyakit jantung atau pulmonal adalah karakteristik dari embolisme serebral.

3. Iskemia Serebral

Iskemia serebral (insufisiensi suplai darah ke otak) terutama karena konstiksi aterosklerotik pada arteri yang menyuplai darah ke otak.

4. Hemoragi Serebral

- a. Hemoragi ekstra dural (hemoragi epidural) adalah kedaruratan bedah neuro yang memerlukan perawatan segera. Keadaan ini biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah dan arteri meninges lain, dan pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk mempertahankan hidup.
- b. Hemoragi subdural pada dasarnya sama dengan hemoragi epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Oleh karena itu, periode pembentukan hematoma lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak. Beberapa pasien mungkin mengalami hemoragi subdural kronik tanpa menunjukkan tanda atau gejala.
- c. Hemoragi subaraknoid dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebab paling sering adalah kebocoran aneurisme pada area sirkulus Willis dan malformasi arteri kongenital pada otak.
- d. Hemoragi intra serebral adalah perdarahan substansi dalam otak, paling umum terjadi pada pasien dengan hipertensi dan aterosklerosis serebral disebabkan oleh perubahan degeneratif karena penyakit ini biasanya menyebabkan ruptur pembuluh darah. Biasanya onset tiba-tiba dengan sakit kepala berat. Bila hemoragi membesar makin jelas defisit

neurologi yang terjadi dalam bentuk penurunan kesadaran dan abnormalitas pada tanda vital.

2.5 Manifestasi Klinis CVA

Menurut (White, 2018) manifestasi klinis penyakit stroke yaitu :

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
2. Gangguan stabilitas pada satu atau lebih anggota badan. Gangguan stabilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik
3. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia
4. Afasia (kesulitan dalam berbicara) afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis, memahami bahasa. Afasia ini terjadi jika ada kerusakan area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan global. Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika pada area broca yang terletak di lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak bisa mengungkapkan dan kesulitan mengungkapkan bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area wernicke yang terletak di daerah temporal. Pada afasia ini pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan sehingga bicara tidak nyambung atau koheren. Pada afasia global pasien dapat merepson pembicaraan baik menerima maupun merespon mengungkapkan pembicaraan

5. Disatria (bicara cadel atau pelo) merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disatria terjadi karena kerusakan nervus kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah.
6. Gangguan penglihatan, diplopia. Pasien dapat mengalami gangguan penglihatan atau pandangan menjadi ganda. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat saraf optik pada korteks oksipital.
7. Disfagia, atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus.
8. Inkontinensia, baik bowel maupun bladder sering terjadi karena hal ini terjadi terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.
9. Vertigo, mual, muntal dan nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

2.6 Faktor Risiko CVA

Menurut (Anderson, 2021) faktor risiko dari penyakit stroke antara lain :

1. Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang potensial.
2. Diabetes melitus merupakan faktor risiko terjadi stroke yaitu dengan peningkatan aterosclerosis.
3. Penyakit jantung / kardiovaskuler berpotensi untuk menimbulkan stroke. Faktor risiko ini akan menimbulkan embolisme serebral yang berasal dari jantung.
4. Kadar hematokrit normal tinggi yang berhubungan dengan infark serebral.
5. Kontrasepsi oral, peningkatan oleh hipertensi yang menyertai, usia di atas 35 tahun, perokok dan kadar estrogen tinggi.
6. Penurunan tekanan darah yang berlebihan atau dalam jangka panjang dapat menyebabkan iskemik serebral umum.
7. Penyalahgunaan obat, terutama pada remaja dan dewasa muda.

8. Konsumsi alkohol.

2.7 Patofisiologi dan Pathway CVA

Menurut (Kuriakose & Xiao, 2020) patofisiologi penyakit stroke disebabkan karena Otak kita sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia dapat menyebabkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan pada bagian tubuh lain, misalnya otot, otak tidak bisa menggunakan metabolisme anaerobik jika terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang cukup banyak dibanding dengan organ lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemik jangka pendek dapat mengarah kepada penurunan sistem neurologis sementara atau TIA. Jika aliran darah tidak diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki, terjadi kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada jaringan otak atau infark bergantung pada lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat dan kekuatan sirkulasi kolateral ke arah yang disuplai.

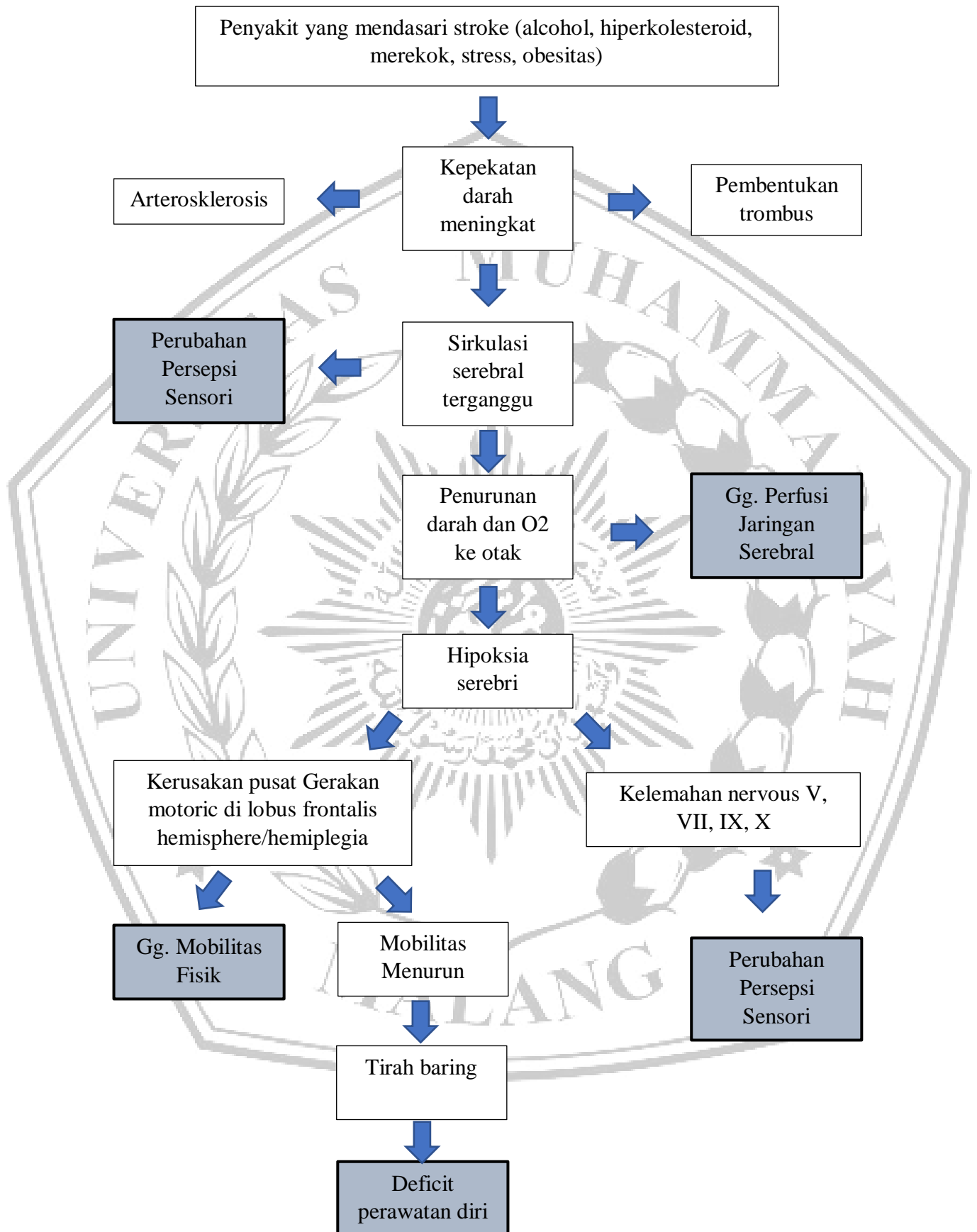
Iskemik dengan cepat bisa mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan yang permanen dapat terjadi dalam waktu 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar klien dan kemampuan mengkompensasi menentukan seberapa cepat perubahan-perubahan yang tidak bisa diperbaiki akan terjadi. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal, seperti pada stroke atau ganguan stroke secara umum, misalnya pada hipotensi atau henti jantung. Tekanan perfusi serebral harus turun dua pertiga bawah nilai norma (nilai tengah tekanan arterial sebanyak 50 mmHg atau dibawahnya dianggap nilai normal) sebelum otak tidak menerima aliran darah yang adekuat. Dalam waktu yang singkat, klien yang sudah kehilangan kompensasi autoregulasi akan mengalami manifestasi dari gangguan neurologis.

Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapatkan suplai dari darah arteri yang terganggu dan karena adanya pembengkakan di jaringan sekelilingnya. Sel-sel dibagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segerasetelah kejadian stroke terjadi. Hal ini dikenal dengan

istilah cedera sel-sel saraf primer (primary neuronal injury). Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi disekitar bagian utama yang mati. Bagian ini disebut penumbra ukuran dari bagian ini tergantung pada sirkulasi kolateral yang ada. sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah utama dari Perbedaan ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan tingkat keparahan manifestasi stroke yang dialami klien



Gambar 2.1 Pathway CVA (Kuriakose & Xiao, 2020)



2.8 Pemeriksaan Penunjang CVA

Menurut (Kuriakose & Xiao, 2020) pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan pada penderita stroke antara lain :

1. CT scan bagian kepala.

Pada stroke non-hemoragik terlihat adanya infark, sedangkan pada stroke hemoragik terlihat perdarahan

2. Pemeriksaan lumbal pungsi.

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik diperiksa kima sitologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna, dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intraspinal. Pada stroke non-hemoragik akan ditemukan tekanan normal dari cairan serebrospinal jernih. Pemeriksaan fungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pungsi lumbal. Prosedur ini dilakukan dengan superfisi neurolog yang telah berpengalaman.

3. Elektro kardiografi (EKG).

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak.

4. Elektro Encephalografi.

Elektro encephalografi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik

5. Pemeriksaan darah.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

6. Angiografi serebral.

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur.

7. Magnetik resonansi imagine (MRI).

2.9 Komplikasi CVA

Menurut (Anderson, 2021) ada beberapa komplikasi stroke, yaitu :

1. Komplikasi dini (0 - 48jam pertama).
 - a. Edema Serebri
Defisit neurologis cenderung memberat, dapat mengakibatkan tekanan intrakranial, herniasi dan akhirnya menimbulkan kematian
 - b. Infark Miokard
Penyebab kematian mendadak pada stroke stadium awal
2. Komplikasi jangka pendek (1-14 hari pertama).
 - a. Pneumonia: akibat mobilisasi lama.
 - b. Infark miokard.
 - c. Emboli paru: cenderung 7 – 14 hari pasca stroke, seringkali pada saat penderita mulai mobilisasi.
 - d. Stroke rekuren : dapat terjadi setiap saat
3. Komplikasi Jangka Panjang
 - a. Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberikan oksigenasi.
 - b. Penurunan darah serebral.
 - c. Embolisme serebral.

2.10 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan klien

1. Identitas pasien

Meliputi nama, umur (semakin bertambah tua usia, semakin tinggi risikonya. Setelah berusia 55 tahun risikonya berlipat ganda setiap kurun waktu sepuluh tahun. Tetapi, itu tidak berarti bahwa CVA terjadi pada orang lanjut usia karena CVA dapat menyerang semua kelompok umur), jenis kelamin (Pria lebih beresiko terkena CVA dari pada wanita, resiko CVA pria 1,25 lebih tinggi dari pada wanita, tetapi serangan CVA pada pria terjadi di usia lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidup juga lebih tinggi, pada umumnya wanita terserang pada usia lebih tua, sehingga kemungkinan meninggal lebih besar), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam

MRS, nomor register, diagnosa medis

2. Keluhan utama

Keluhan utama adalah keluhan pernyataan yang mengena masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri. Pada umumnya keluhan pasien CVA terjadi dua hal yaitu CVA *hemoragik* dan *non hemoragik*. CVA *hemoragik* biasanya memiliki keluhan perubahan tingkat kesadaran, sakit kepala berat, kelemahan pada salah satu sisi tubuh, mual muntah, menggigil/berkeringat, peningkatan *intracranial*, *afasia*, hipertensi hebat, distress pernafasan dan koma. Kemudian pada CVA *Non hemoragik* biasanya mengalami perubahan tingkat kesadaran, mual muntah, kelemahan *reflex*, *afasia* (gangguan komunikasi), *difasia* (memahami kata), kesemutan, nyeri kepala, kejang sampai tidak sadar.

4. Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive, dan koma

5. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin dan kegemukan. Pengkajian obat-obat yang sering digunakan oleh klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol, dan penggunaan kontrasepsi oral.

6. Nutrisi

1) Antropometri

Mengalami penurunan berat badan karena disfagia, nausea/vomiting dan hilang sensasi pada lidah.

2) Diet

Ketidakmampuan untuk makan karena disfagia, nausea/vomiting dan hilangnya sensasi pada lidah.

7. Eliminasi

Sistem urinary

Normal, menggunakan kateter

8. Aktivitas dan Istirahat

1) Gejala : merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas sehari-hari terutama aktivitas dalam kebersihan diri karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia).

2) Tanda : gangguan tonus otot (flaksid, spastis) : paralitik (hemiplegia) dan terjadi kelemahan umum. Gangguan penglihatan, gangguan tingkat kesadaran, kebersihan diri bergantung kepada orang lain atau keluarga.

1) Pemeriksaan Fisik

a) Kesadaran

Pada pasien stroke pada umumnya mengalami tingkat kesadaran seperti somnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS kurang dari 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat proses pemulihan terjadi peningkatan kesadaran letargi sampai komposmentis dengan GCS 13-15.

b) Tanda-Tanda Vital

Pada pasien stroke hemoragic yang memiliki riwayat tekanan darah tinggi sering terjadi peningkatan darah kurang lebih 180/80 mmHg, Nadi normal, pernafasan normal dan suhu dalam batas normal

c) head toe toe

1) Ekstermitas

Pada penderita CVA umumnya mengalami kelamahan baik ekstremitas atas maupun bawah yaitu hemiplegi dan hemiparese. paralisis dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh

2) Pemeriksaan Neurologi

i. Tingkat Kesadaran

Pada kasus CVA pada fase rehabilitasi atau setelah fase akut tingkat kesadaran pasien CVA adalah *Composmentis*, dengan GCS pada kondisi pasien ini adalah E: 4 V: 5 M: 6

3) Pemeriksaan Saraf Kranial

I. Nervus XI (Accessories)

Kasus CVA menyebabkan klien mengalami kelemahan pada ekstremitas. Hasil dari pemeriksaan Nervus XI menunjukkan klien tidak dapat mengangkat bahu, tetapi masih ada bagian yang ekstremitas yang tidak mengalami kelumpuhan dapat menggerakkan dan menahan tekanan pemeriksa. cara melakukan tes pada otot trapezius yaitu dengan cara menyuruh klien mengangkat bahu dan pemeriksa berusaha menahan.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Diagnosa yang sering muncul pada pasien CVA yaitu :

1. Gangguan Mobilitas Fisik
2. Defisit Perawatan Diri
3. Nyeri Akut

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah suatu program dalam pengurangan, pencegahan, atau koreksi dari masalah-masalah yang sebelumnya sudah dikenali didalam diagnose keperawatan. Dalam tahap intervensi, dimulai setelah menentukan diagnose keparawatan lalu menyimpulkan rencana asuhan keperawatan. Penyusunan intervensi keperawatan memiliki beberapa item yaitu : prioritas masalah, kriteria hasil, intervensi serta dokumentasi. Item-item tersebut membantu dalam mengambil evaluasi dalam keberhasilan

keperawatan yang sudah diimplementasikan (Shodiqurrahman et al., 2022).

Tabel 2.1 Intervensi Prioritas Masalah Keperawatan

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan di mana rencana keperawatan diaplikasikan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Pada tahap ini, perawat melaksanakan intervensi untuk mengatasi diagnosa keperawatan dan memenuhi kebutuhan pasien. Implementasi mencakup tindakan observasi, teraupetik, edukasi, dan kolaborasi.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan di mana perawat menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan dan menentukan apakah tujuan perawatan telah tercapai. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan data tentang kondisi pasien, membandingkannya dengan hasil yang diharapkan, dan memutuskan apakah rencana perawatan perlu dilanjutkan, diubah, atau dihentikan.

2.11 ROM (Range Of Motion)

Berdasarkan buku Standard Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018) , ada intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik selain melakukan ROM aktif dan pasif yaitu dengan edukasi latihan ROM (Range Of Motion).

Kontraindikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) adalah pada pasien yang diketahui mengalami dislokasi sendi, fraktur yang tidak sembuh. pasca tindakan bedah jika gerakan diketahui akan mengganggu penyembuhan, dan osteoporosis berat dimana gerakan dapat menyebabkan cedera iatrogenik. Selain dari itu, pemeriksaan ROM dapat dilakukan tetapi perlu berhati-hati pada kondisi di mana terdapat infeksi atau inflamasi di sekitar sendi (misalnya osteoarthritis), nyeri derajat berat yang diperparah dengan gerakan, dan hipermobilitas atau instabilitas sendi (Viraj N. Gandbhir; Bruno Cunha, 2020).

Indikasi pemeriksaan Range of Motion (ROM) adalah untuk memeriksa lingkup gerak sendi, utamanya dalam mendiagnosis masalah neuromuskuloskeletal. Selain itu, pemeriksaan ini digunakan juga untuk tujuan pengobatan, mengevaluasi gerakan sendi secara rutin, dan membuat orthosis. Range of Motion ditentukan oleh faktor muskular dan osteoartikular. Gerak yang terbatas menandakan adanya gangguan dalam sistem ini. Pemeriksaan ROM, dikombinasikan dengan pemeriksaan muskuloskeletal lain, akan membantu dalam mendiagnosis dan menentukan derajat fungsi atau gangguan sendi pasien. Goniometri memperlihatkan keterbatasan sendi pada busur gerak, tetapi tidak mengidentifikasi disfungsi (Viraj N. Gandbhir; Bruno Cunha, 2020).

Click or tap here to enter text. Click or tap here to enter text. Pada penelitian oleh Jauhar (2019) peran educator perawat dengan kejadian dekubitus pada pasien stroke didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara peran educator perawat dengan kejadian dekubitus pada pasien stroke. Menurut penulis, peran educator perawat berguna untuk memotivasi pasien stroke guna melakukan mobilisasi sederhana agar terhindar dari dekubitus dan kekakuan serta kelelahan otot serta sendi.

Melakukan edukasi mengenai Latihan ROM (Range Of Motion) bermanfaat bagi pasien dan keluarga untuk menghindari kekakuan serta kelelahan dan kelemahan otot serta sendi pada punggung pasien. Memberikan edukasi sedini mungkin dapat mencegah pasien mengalami kelelahan dan kelemahan berlebih akibat terlalu lama *bedrest* dan edukasi dapat meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku untuk menuju kebugaran fisik pasien stroke. Dengan diberikan edukasi, pasien dan keluarga mampu menggali apa yang terpendam dalam dirinya dengan mendorong untuk berpikir dan mengembangkan atau membebaskan dari ketidaktahuan sebagai bentuk untuk menambah pengetahuan dan keterampilan (Afifah, 2021). Dalam hal ini keluarga menjadi mengerti dan memahami bagaimana melakukan Latihan ROM (Range Of Motion) secara mandiri.

Edukasi juga berguna untuk meningkatkan motivasi keluarga dan pasien stroke dalam proses penyembuhan atau meminimalisir dampak dari penyakitnya. Motivasi merupakan adanya energi yang berasal dari dalam seseorang yang menghasilkan suatu dorongan atau kekuatan untuk melakukan sesuatu. Pemberian motivasi pada keluarga dan pasien stroke bermanfaat untuk penguatan dan dukungan supaya mempunyai harapan positif, salah satu bentuknya yaitu memotivasi keluarga dan pasien stroke untuk melakukan mobilisasi sederhana (Betty et al, 2019) .

Pemberian motivasi dan edukasi penting untuk dilakukan oleh perawat sebagai bentuk dari peran edukator. Itu semua merupakan kewajiban perawat dalam memberikan dukungan kesembuhan kepada pasien terutama pada keluarga dan pasien yang mengalami stroke. Selain itu, keadaan fisik pasien stroke tidaklah berdaya, lumpuh pada ekstremitas kanan menjadikan penderita sulit untuk melakukan aktivitas seperti sehari-hari (Sirbini & Azizah, 2021).

2.12 Langkah langkah ROM

Tahapan ROM (Widyawati et al., 2020)

Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang di dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak
Prosedur Kerja	Istilah
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ekstensi, yaitu gerakan yang memperbesar sudut antar dua tulang

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Fleksi, yaitu gerakan yang memperkecil sudut antar dua tulang 3. Hiperekstensi, yaitu ekstensi yang dilakukan lebih lanjut 4. Abduksi, yaitu gerakan menjauhi garis tengah tubuh 5. Adduksi, yaitu gerakan mendekati garis tengah tubuh 6. Sirkumduksi, yaitu Gerakan memutas sendi secara penuh. 7. Supinasi adalah gerakan memutar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas. 8. Pronasi adalah gerakan memutar lengan bawah ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah. 9. Dorsofleksi adalah gerakan menggerakkan telapak kaki ke arah depan atau atas. 10. Plantar fleksi adalah gerakan menggerakkan telapak kaki ke bawah atau belakang.
	<p>Tahap Kerja</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan informasi kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kaji kemampuan rentang gerak sendi <ol style="list-style-type: none"> a) Gerakan leher : <ol style="list-style-type: none"> 1) Fleksi : arahkan dagu ke sternum, upayakan untuk menyentuh sternum (ROM 45 derajat) 2) Extensi : posisikan kepala pada posisi semula atau netralral (ROM 45 derajat) 3) Hiperextensi : gerakan kepala ke arah belakang atau menengadah sejauh mungkin (ROM 10 derajat) 4) Fleksi lateral : gerakan kepala ke arah bahu, lakukan sesuai kemampuan (ROM 40-45 derajat) 5) Rotasi : pertertahankan wajah ke arah depan lalu lakukan gerakan kepala memutar membentuk gerakan melingkar (ROM 360 derajat)

	<p>b) Gerakan bahu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fleksi : letakkan kedua lengan pada sisi tubuh, perlahan-lahan angkat lengan ke arah depan mengarah ke atas kepala, lakukan sesuai batas kemampuan (ROM 180 derajat) 2) Extensi : gerakan lengan kembali mengarah ke sisi tubuh (ROM 180 derajat) 3) Hiperextensi : pertahankan lengan pada sisi tubuh dengan lurus, lalu perlahan gerakan lengan ke arah belakang tubuh (ROM 45-60 derajat) 4) Abduksi : angkat lengan lurus ke arah sisi tubuh hingga berada di atas kepala dengan mengupayakan punggung tangan mengarah ke kepala dan telapak tangan ke arah luar (ROM 180 derajat) 5) Adduksi : turunkan kembali lengan mengarah pada tubuh dan upayakan lengan menyilang di depan tubuh semaksimal 6) Rotasi internal : lakukan fleksi pada siku 45 derajat upayakan bahu lurus dan tangan mengarah ke atas, lalu gerakkan lengan ke arah bawah sambil mempertahankan siku tetap fleksi dan bahu tetap lurus 7) Rotasi eksternal: dengan siku yang dalam keadaan fleksi, gerakkan kembali lengan ke arah atas hingga jari-jari menghadap ke atas (ROM 90 derajat) 8) Sirkumduksi : luruskan lengan pada sisi tubuh, perlahan lakukan gerakan memutar pada sendi bahu (ROM 360 derajat)
	<p>c) Gerakan siku :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fleksi : angkat lengan sejajar bahu. Arahkan lengan ke depan tubuh dengan lurus, posisi telapak tangan menghadap ke atas, perlahan gerakkan lengan bawah mendekati bahu dengan

	<p>membengkokkan pada siku dan upayakan menyentuh pada bahu (ROM 150 derajat)</p> <p>2) Extensi : gerakkan kembali lengan hingga membentuk posisi lurus dan tidak bengkok pada siku (ROM 150 derajat)</p>
	<p>d) Gerakan lengan :</p> <p>1) Supinasi : rendahkan posisi lengan, posisikan telapak tangan mengarah keatas (ROM 70-90 derajat)</p> <p>2) Pronasi : gerakkan lengan bawah hingga telapak tangan menghadap keatas (ROM 70-90 derajat)</p>
	<p>e) Gerakan pergelangan tangan :</p> <p>1) Fleksi : luruskan tangan hingga jari-ri-jarjari menghadap kedepan, perlahan gerakkan pergelangan tangan hingga jari-jari mengarah ke bawah (ROM 80-90 derajat)</p> <p>2) Extensi : lakukan gerakan yang membentuk kondisi lurus pada jari-jari, tangan dan lengan bawah (ROM 80-90 derajat)</p> <p>3) Hiperektensi : gerakkan pergelangan tangan, hingga jari-ijari mengarah kearah atas. Lakukan sesuai kemampuan</p> <p>4) Abduksi : gerakan pergelangan tangan dengan gerakan kearah ibu jari (ROM 30 derajat)</p> <p>5) Adduksi : gerakkan pergelangan tangan secara lateral dengan gerakan kearah jari kelingking (ROM 30-50 derajat)</p>
	<p>f) Gerakan jari tangan :</p> <p>1) Fleksi : lakukan gerakkan mengepal (ROM 90 derajat)</p> <p>2) Extensi : luruskan jari-jari (ROM 90 derajat)</p> <p>3) Hiperextensi : bengkokkan jari- jari kearah belakang sejauh mungkin (ROM 30-60 derajat)</p> <p>4) Abduksi : renggangkan seluruh jari-jari hingga ke 5 jari bergerak saling menjauhi</p> <p>5) Adduksi : gerakkan kembali jari-jari hingga ke 5 jari saling berdekatan</p>
	<p>g) Gerakan pinggul :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Fleksi : arahkan kaki kedepan dan angkat tungkai perlahan pada posisi lurus, (ROM 90-120 derajat) 2) Extensi : turunkan kembali tungkai hingga berada pada posisi sejajar dengan kaki yang lainnya (ROM 90-120 derajat) 3) Hiperextensi : luruskan tungkai, perlahan gerakan tungkai kearah belakang menjauhi tubuh (ROM 30-50 derajat) 4) Abduksi : arahkan tungkai dengan lurus menjauhi sisi tubuh kearah samping (ROM 30-50 derajat) 5) Adduksi : arahkan tungkai dengan lurus mendekati sisi tubuh, lakukan hingga kaki dapat menyilang pada kaki yang lain (ROM 30-50 derajat). 6) Rotasi internal : posisikan kaki dengan jari-jari menghadap kedepan, perlahan gerakkan tungkai berputar kearah dalam (ROM 90 derajat) 7) Rotasi eksternal : arahkan kembali tungkai ke posisi semula yaitu posisi jari kaki menghadap kedepan (ROM 90 derajat) 8) Sikumduksi : gerakan tungkai dengan melingkar (ROM 360 derajat)
	<p>h) Gerakan lutut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fleksi : bengkokkan lutut, dengan mengarahkan tumit hingga dapat menyentuh paha bagian belakang (ROM 120-130 derajat) 2) Extensi : arahkan kembali lutut hingga telapak kaki menyentuh lantai (ROM 120-130 derajat)
	<p>i) Gerakan Pergelangan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dorsiflaksifeksi : gerakan pergelangan kaki hingga jari kakiki mengarah keatas, lakukan sesuai kemampuan (ROM 20-30 derajat) 2) Plantarflaksifeksi : gerakan pergelangan kaki hingga jari-jari mengarah kebawah (ROM 20-30 derajat)
	<p>j) Gerakan kaki :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Inversi : lakukan gerakan memutar pada kaki, arah kanan telapak kaki kearah medial (ROM 10 derajat) 2) Eversi : lakukan gerakan memutar pada kaki, arah kanan telapak kaki kearah lateral (ROM 10 derajat) 3) Fleksi : arahkan jari-jari kaki ke bawah (ROM 30-60 derajat). d) Extensi : luruskan kembali jari-jari kaki (ROM 30-60 derajat) 4) Abduksi : regangkan jari-jari kaki hingga jari-jari saling menjauhi (ROM 15 derajat) 5) Adduksi : satukan kembali jari-jari kaki hingga jari-jari saling rapat (ROM 15 derajat).
	<p>Evaluasi</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi - Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku - Beri reinforcement positif - Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya - Mengakhiri kegiatan dengan baik