

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA Infark merupakan salah satu penyakit yang tidak menular, akan tetapi berdampak pada hilangnya kemampuan secara motorik pada salah satu ekstremitas maupun keduanya. Pasien dengan stroke iskemik atau CVA infark seringkali mengalami masalah pada gangguan mobilitas fisiknya (Nurgroho & Widodo, 2024). Dampak yang paling sering muncul pada pasien dengan CVA infark adalah kelemahan otot. Pasien akan mengalami kelemahan pada anggota tubuhnya dan mengalami penurunan fungsi dalam menggerakkan ototnya (Kamelia & Widiharti, 2021)

Secara global, berdasarkan data dari *World Stroke Organization* (2022) terdapat satu dari empat orang diatas usia 25 tahun akan mengalami stroke sekitar lebih dari 12,2 juta orang. Lebih dari 62% atau 101 juta orang yang mengalami stroke iskemik baru setiap tahun. Terdapat lebih dari 28% dari semua kejadian pada stroke iskemik ialah perdarahan intraserebral, dan perdarahan subarachoid terjadi sekitar 1,2 juta orang. Di Amerika Serikat sekitar 795.000 orang menderita stroke serangan baru ataupun berulang, dengan distribusi sekitar 610.000 orang diantaranya ialah stroke dengan serangan pertama kali, sedangkan sekitar 185.000 ialah stroke berulang (Feigin et al., 2022).

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 diketahui sebesar 13,9% prevalensi pada ketergantungan total stroke, 9,4 % pada stroke berat, 7,1% pada stroke sedang dan 33,3% pada stroke stroke ringan. Rentang umur yang mengalami CVA Infark tertinggi ialah 75 tahun ke atas dengan presentase (50,2%), sedangkan pada rentang umur yang mengalami CVA infark dengan kejadian terendah ialah umur 15 sampai 24 tahun dengan presentase (0,6%). Pada jenis kelamin Wanita dan pria mempunyai tingkat prevalensi stroke yang sama, sebesar 10% (10,95) dan 11% (Riskesdas, 2018). Sedangkan angka kejadian CVA infrak di provinsi Jawa Timur terdapat sekitar 36,32% penduduknya yang telah mengidap penyakit CVA infark, yang memiliki angka

kematian 1 per 20 dari pada tingkat rehabilitasi maupun kesembuhannya, sedangkan jika dilihat dari gejalanya terdapat sekitar (10,5%) dari 302.987 orang di Indonesia, serta terdapat (39,4%) yang mengalami kecacatan pada gerak atau imobilisasi secara permanen dan hanya 38,7% yang mampu disembuhkan secara berkala (Risikesdas, 2018).

Studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Mawar Kuning Atas RSUD R.T Notopuro Sidoarjo pada tanggal 06 Februari 2024 di dapatkan bahwa dari 5 pasien dengan diagnosa medis CVA Infark, 2 diantaranya memiliki keluhan pada ekstremitas kanan yang mengalami gangguan atau masalah dalam menggerakkan anggota tubuhnya.

Masalah utama yang dialami oleh pasien dengan CVA Infark ialah adanya sumbatan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan pasokan oksigen atau aliran darah ke otak terganggu sebagian maupun keseluruhan. Hal ini tentu akan menyebabkan terganggunya saraf dan mengakibatkan gangguan pada mobilitas fisiknya (Antono, 2021).

Penurunan kekuatan otot menjadi masalah dalam keperawatan yang memerlukan penanganan lebih lanjut dikarenakan pada pasien CVA Infark dapat mempengaruhi hilangnya kekuatan otot pada salah satu ekstremitas atau biasa disebut hemiparase. Pada pasien CVA Infark biasanya akan mengalami lumpuh pada separuh badannya atau biasa disebut hemiplegia, penderita akan kesulitan dalam mengerjakan aktifitas hal tersebut dikarenakan adanya keterbatasan dalam melakukan pergerakan gerak (Darmawan et al., 2024).

Salah satu intervensi yang dapat diberikan pada CVA Infark dengan gangguan mobilitas fisik untuk meningkatkan otot dan pergerakan ROM adalah dengan memberikan terapi ROM yang dapat dikombinasikan dengan genggam Squishy. Terapi *range of motion* (ROM) merupakan latihan yang dapat dilakukan guna memperbaiki ataupun mempertahankan tingkat kemampuan dalam menggerakkan persendian, secara normal serta untuk meningkatkan massa pada otot (A Potter & Perry, 2017)

Terapi ROM ini dapat di kombinasikan dengan Squishy yang memiliki manfaat dalam meningkatkan kemampuan motorik pasien dengan gangguan kekuatan otot. Efek dari terapi genggam squishy untuk meningkatkan kekuatan otot. Seperti penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Biantara,dkk (2023) mengenai penerapan intervensi penggunaan squishy pada pasien CVA Infark dengan kelemahan otot pada ekstremitas atas efektif dapat meningkatkan kekuatan pada otot. Didapatkan hasil bahwa terdapat peningkatan terhadap kekuatan pada otot tangan kanan atas dengan intervensi kombinasi Squishy yang dilakukan selama 6 hari dimana nilai kekuatan otot sebelemunya adalah 2, dengan hasil akhir nilai ROM ekstremitas atas dan bawah adalah nilai 4 yang artinya mampu menggerakkan otot/persendian, dan adanya gerak reflek serta terdapat kontraksi otot (Biantara et al., 2023).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fajar Agung Nugroho (2024) yang menggunakan intervensi ROM aktif kombinasi genggam squishy pada pasien CVA Infark dengan masalah ekstremitas atas yang mengalami kelemahan otot dapat meningkatkan kekuatan pada otot. Intervensi dilakukan selama 3 hari saat pagi dan sore hari, didapatkan hasil jika terdapat peningkatan pada kekuatan otot di tangan kanan pada pasien CVA infark, rentang gerak ekstremitas atas kiri dan kanan nilai 4 (Nugroho, 2024). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kamelia dan Widiharti di Puskemas Robatal, Kabupaten Sampang (2021) menyatakan bahwa terdapat pengaruh intervensi ROM (*Range Of Motion*) dengan terapi Squishy terhadap kekuatan otot pada pasien post CVA infark dengan p value 0,000 (Kamelia & Widiharti, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk mengambil judul “Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien CVA Infark dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Melalui Pemberian Intervensi ROM Kombinasi Squishy di RSUD R.T Notopuro Sidoarjo”

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana analisis asuhan keperawatan pada pasien CVA Infark dengan masalah gangguan mobilitas fisik

dengan pemberian intervensi latihan ROM pasif kombinasi Squishy diruang Mawar Kuning Atas RSUD R.T Notopuro ?

1.3 Tinjauan Pustaka

1.3.1 Konsep CVA *Infrak*

1.3.1.1 Definisi CVA *Infark*

Stroke merupakan gangguan yang terjadi pada fungsional otak secara mendadak ditandai dengan klinis fokal yang berlangsung selama lebih dari 24 jam dikarenakan adanya gangguan pada aliran darah ke otak (Pamularti A et al., 2020). Stroke adalah kondisi terjadi defisit neurologis yang diakibat dari adanya penurunan aliran darah ke otak dan terlokalisasi secara mendadak hal ini disebabkan oleh embolus, trombus, hemoragik, atau stenosis (Putri et al., 2022).

Stroke infark / non hemoragik / iskemik ialah stroke yang ditimbulk akibat dari adanya thrombosis yang terjadi pada satu ataupun lebih pembuluh darah di otak yang dapat menyebabkan sumbatan aliran darah ke otak. CVA Infark akut merupakan gejala klinis dari berkurangnya serebri fokal dengan waktu onset yang cepat serta berlangsung lebih dari 24 jam yang cenderung akan menyebabkan kematian. Dua penyebab utama infark serebri yaitu thrombosis dan emboli (Gofir,2021).

1.3.1.2 Klasifikasi CVA *Infark*

Stroke berdasarkan kondisinya terbagi menjadi 2, yakni:

a. Stroke iskemik/infark

Stroke iskemik/infark/non hemoragik dikarenakan kekurangan oksigen serta suplai darah menuju otak. Untuk stroke Iskemik terdapat dua macam menurut terjadinya lokasi pengumpulan, ialah CVA infark trombolitik dan CVA infark emboli.

CVA Infark trombotik ialah jenis stroke yang penyebabnya berasal dari adanya sumbatan lumen pada pembuluh darah otak yang disebabkan karena terjai thrombus yang makin menebal dan sudah lama, hal ini membuat aliran darah tidak lancar. Ketidاكلancaran aliran darah ini menyebabkan terjadinya iskemia. Penggumpalan darah yang berada di

dalam kejadian CVA Infark jenis ini dapat terjadi pada pembuluh darah besar maupun pembuluh darah kecil. Secara klinis, CVA infark trombotik sering disebut dengan serebral thrombosis.

Sedangkan CVA Infark emboli ialah bekuan plak atau darah yang terbentuk didalam pembuluh arteri besar didalam jantung yang terangkut menuju ke otak.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik dikarenakan oleh adanya kebocoran atau pendarahan pada pembuluh darah (Endrian et al., 2024)

1.3.1.3 Etiologi CVA Infark

Terdapat beberapa etiologi atau penyebab CVA Infark, yakni:

1) Trombosis serebri

Terjadi pada pembuluh darah yang telah mengalami oklusi sehingga terjadinya iskemik pada jaringan otak yang dapat menghasilkan kongesti dan edema disekitarnya. Trombosis biasanya dapat terjadi pada orang tua yang bangun tidur maupun sedang tidur. Hal tersebut dikarenakan adanya penurunan tekanan darah dan aktivitas sipatis. Trombosis serebri dikarenakan adanya:

- a. Aterosklerosis yang dapat menyebabkan adanya Trombosis serebri yaitu berkurangnya elastisitas atau terjadinya kekakuan pada dinding pembuluh darah.
- b. Selain itu karena Hiperkoagulasi merupakan darah yang bertambah kental sehingga menyebabkan hematocrit atau viskositas meningkat yang berakibat pada melambatnya aliran darah cerebral,
- c. arteritis ialah radang pada arteri.

2) Emboli

Dapat terjadi karena disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah otak berasal dari adanya bekuan darah, udara, dan lemak. Seringkali emboli berasal dari thrombus yang berada di jantung menyumbat system arteri serebri. Keadaan seperti ini yang mempengaruhi terjadinya emboli:

a. Infark miokardium

- b. Penyakit jantung reumatik
- c. Endokarditis yang menyebabkan gangguan pada endokardium
- d. Fibrilasi serta keadaan aritmia yang dapat membentuk gumpalan-gumpalan kecil sehingga mampu menyebabkan adanya emboli serebri (Dewi & Agustina, 2023).

1.3.1.4 Faktor resiko CVA Infark

Berikut beberapa faktor yang berkaitan dengan CVA Infark menurut penelitian yang dilakukan oleh Akhlish Dzikrullah Ahmad & Agung Ikhssani (2021) meliputi:

a) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

(1) Gender

Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi daripada dengan perempuan. Resiko stroke pada laki-laki terjadi di usia lebih muda.

(2) Umur

Umur menjadi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, karena tidak dapat diubah umur seseorang. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan semakin tinggi risikonya terkena CVA Infark. Seorang yang berusia lebih dari 55 tahun, memiliki risiko yang berlipat ganda dalam kurun waktu 10 tahunnya. Meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa CVA dapat menyerang semua kelompok usia dari yang muda sampai dewasa serta tidak memandang gender.

(3) Ras

Terdapat variasi yang cukup besar dalam terjadinya insiden CVA antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang yang berasal dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (Intracerebral Hemorrhage).

(4) Faktor genetik

Terdapat dugaan bahwa CVA dengan garis keturunan memiliki hubungan yang saling berkaitan. Dalam hal dikarenakan adanya penyakit bawaan seperti hipertensi, dan cacat pada pembuluh darah diabetes, dan diabetes yang menjadi faktor genetik. Selain itu, kebiasaan makan dan gaya hidup keluarga yang

sudah menjadi kebiasaan dan sulit diubah juga dapat meningkatkan risiko terkena CVA.

b) Faktor Resiko dapat dikendalikan

(1) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia atau kenaikan kadar kolesterol merupakan faktor risiko penting terjadinya aterosklerosis. Dalam penelitian menunjukkan bahwa tingkat CVA dipengaruhi kadar kolesterol pasien diatas 240 mg%, dimana setiap kenaikan pada 38,7% dapat menaikkan angka kejadian CVA 25%.

(2) Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi menjadi faktor risiko utama yang dapat dimodifikasi. Pada penderita hipertensi akan memiliki faktor risiko sebesar 4-6 kali lipat dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki penyakit hipertensi. Hipertensi dapat menyebabkan pengerasan atau penyumbatan pada arteri, sekitar 40-90% pasien yang mengalami CVA ternyata sebelumnya menderita hipertensi.

(3) Diabetes Mellitus

Pada penderita DM, khususnya Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) terdapat faktor risiko multiple stroke.

(4) Obesitas

Seseorang yang mengalami obesitas memiliki faktor risiko dapat terserang stroke baik sumbatan maupun perdarahan, hal tersebut tergantung pada penyakit yang ikut menyertainya. Fakta membuktikan jika CVA Infark lebih banyak diderita oleh mereka yang memiliki berat badan lebih.

(5) Hiperhomosisteinemia

Kadar homosistein yang tinggi (asam amino), yang menjadi indikasi bahwa seseorang mengalami kekurangan vitamin B12 (kobalamin), Vitamin B6 (piridoksina), vitamin B9 (folat). Kejadian ini dapat menyebabkan masalah kesehatan. Salah satunya adalah kerusakan pada pembuluh darah arteri dan terjadinya peningkatan risiko penyakit jantung.

(6) Kebiasaan mengkonsumsi alkohol

Asupan alkohol yang berlebih dapat menyebabkan pembekuan darah dan dikarenakan adanya kombinasi tekanan darah tinggi maka dapat menjadi faktor resiko seseorang terkena CVA Infark.

(7) Aktifitas fisik

Olaraga yang cukup dapat menurunkan faktor terjadinya Stroke sebesar 47%. Karena kurang gerak dapat meingkatkan trigliserid yang juga kan menaikkan jumlah terjadinya stroke. Seseorang yang aktifitasnya kurang rentang mengalami kekakuan pada otot maupu pembuluh darah.

(8) Transient ishaemic attack

TIA merupakan gejala yang mirip dngan stroke dan gejala jangka pendek disebabkan karena adanya penyumbatan secara singkay pada aliran darah menuju otak. Serangan TIA biasanya tidak menyebabkan kerusakan jangka panjang dan hany berlansung sebentar/beberapa menit.

(9) Merokok

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke, dan faktor resiko ini dapat dimoifikasi atau dirubah dengan cara tidak merokok. Karena resiko stroke meningkat ketika seseorang merokok, hal tersebut disebabkan oleh rokok yang data memicu produksi fibrinogen atau faktor dalam pengumpal darah lebih banyak yang akan berakibat pada timbulnya aterosklerosis.

(10) Stenosis Mitral

Stenosis mitral merupakan keadaan terjadinya hambatan pada aliran darah dari atrium kiri menuju ke ventrikel kiri dalam fase diastolic yang didapatkan adanya penyempitan katup mitral (Akhlish Dzikrullah Ahmad & Agung Ikhssani, 2021).

1.3.1.5 Patofisiologi CVA Infark

CVA infark dapat terjadi karena otak kekurangan suplai darah. Luasnya infark tergantung pada lokasi dan besarnya pembuluh darah serta adekuatnya sirkulasi kolateral pada area yang disuplai melalui pembuluh darah yang telah mengalami penyumbatan. Maknin lambat atau cepatnya suplai darah ke otak terjadi pada gangguan lokal seperti thrombus, emboli, spasme vaskuler dan perdarahan atau terjadi gangguan umum seperti hipoksia yang disebabkan karena gangguan pada jantung dan paru (Rantesigi et al., 2020).

Atherosklerotik cenderung menjadi faktor penting pada otak, plak arteriosklerotik menyebabkan thrombus atau pada area stenosis dapat menyebabkan darah beku, hal tersebut yang membuat aliran darah akan menjadi lambat atau terjadinya turbulensi. Thrombus bisa pecah dari dinding pembuluh darah dan akan terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus ini akan mengakibatkan iskemia pada jaringan otak yang telah mendapat suplai dari pembuluh darah, dan kongesti disekitar, serta edema. Area yang mengalami edema akan menyebabkan disfungsi yang lebih besar ketimbang dengan area yang terkena infark

Edema tersebut dapat dalam beberapa waktu / jam dapat berkurang atau bahkan kadang-kadang dalam beberapa hari. Dengan adanya edema yang berkurang menyebabkan pasien akan menunjukkan perbaikan. Hal tersebut dikarenakan thrombosis yang tidak fatal atau tidak terjadinya perdarahan massif (Amalia, 2023).

Jika septic infeksi terjadi, maka akan menyebabkan melebarnya dinding pembuluh darah sehingga terjadi ensefalitis atau abses. Kejadian ini dapat menyebabkan perdarahan pada serebral, jika aneurisma rupture atau pecah. Perdarahan otak lebih sering disebabkan oleh hipertensi pembuluh darah dan ruptur arteri osklerotik. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebrovaskuler karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak.

Adanya hemisfer otak, perdarahan batang otak, kompresi batang otak, ataupun ekstensi perdarahan batang otak dapat menyebabkan kematian. Ketika sirkulasi pada serebral mengalami hambatan, maka akan dapat berkembang menjadi anoksia serebral. Perubahan ini dikarenakan oleh terjadinya anoksia serebral yang dapat reversibel dalam jangka waktu 4 sampai 6 menit. Perubahan yang irreversibel bila terjadi anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral tersebut terjadi karena adanya gangguan yang beragam seperti henti jantung (Lestari et al., 2023).

Selain terjadinya kerusakan pada parenkim otak, terjadi penurunan tekanan perfusi otak, peningkatan tekanan intracranial, serta terganggu drainase otak yang diakibatkan oleh volume perdarahannya relative banyak. Elemen vasoaktif darah yang telah keluar serta mengalami iskemik akibat terjadi penurunan pada tekanan perfusi, membuat neuron-neuron yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi, dan jumlah darah yang keluar akan menentukan prognosis penyakit.

Jika volume darah melebihi dari 60cc maka akan beresiko pada kematian sebanyak 93% yang terjadi pada perdarahan dalam dan sebanyak 71 % pada perdarahan lobar. Sedangkan jika terjadi perdarahan cerebellar volume antara 30-60cc telah diperkirakan kematian sebanyak 75% (Nurarif & Kusuma, 2016).

1.3.1.6 Manifestasi Klinis CVA Infark

Manifestasi klinis yang sering dijumpai pada pasien CVA Infark bisa muncul secara menetap maupun sementara, hal tersebut dikarenakan terjadinya kegagalan aliran darah menuju ke otak. Gejala pada pasien CVA Infark bermacam-macam sesuai dengan pembagian pada pembuluh darahnya, terbagi menjadi 2 yakni:

- a. Gangguan yang terjadi pada pembuluh darah karotis, terjadi sumbatan pada pembuluh darah yang terbag menjadi 3 percabangan, meliputi:
 - 1) Sumbatan pada aliran darah yang menuju ke *arteri celebri anterior* (otak bagian depan) menimbulkan gejala gangguan pada gerak atau kelumpuhan pada salah satu tungkai serta adanya sensasi perabaan yang hilang, tidak dapat menahan air buang air kecil dan tidak sadar jika telah BAK, sulit untuk mengungkapkan perasaan, pingsan secara mendadak.
 - 2) Sumbatan pada aliran darah yang menuju ke *Arteri celebri media* (otak bagian tengah) menimbulkan gejala gangguan sensasi atau rasa pada wajah disebagian sisi atau pada lengan kanan maupun kiri, gangguan bicara atau tidak dapat mengeluarkan kalimat (Afasia), Gangguan gerak (Hemiparesis), gangguan penglihatan seperti mata kabur (Hemianopsia), Penurunan kesadaran, daya ingat menurun

(Propagnosia), mata yang selalu melihat ke satu sisi saja (Devaluation Cojuage), bicara pelo atau mulut menjadi mencong (disatri), separuh badan tidak dapat merasakan sendasi atau terasa mati.

- 3) Sumbatan pada aliran darah yang menuju ke *arteri celebri posterior* (otak bagian belakang) menimbulkan gejala sulit memahami yang dilihat, lapang pandang menyempit atau kebutaan, terasa nyeri secara spontan, tidak dapat mengenal warna.
- b. Gangguan yang terjadi pada pembuluh darah verterobasilaris yang dapat menimbulkan gejala serangan vertigo, nistamus, kedua kaki melemah atau tidak mampu berdiri, gangguan gerak pada bola mata, bicara sulit dimengerti, nausea, muntah, dan gangguan menelan, serta kehilangan pendengaran secara mendadak (Agma Fazalina, 2022).

1.3.1.7 Komplikasi CVA Infark

CVA ialah penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis yaitu adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara mendadak di CVA, mirip adanya gangguan kognitif, fungsional serta gangguan sensorik. Pada pasien pasca CVA memiliki komorbiditas yg dapat menaikkan risiko komplikasi medis sistemik saat pemulihan. Komplikasi medis tak jarang terjadi pada minggu pertama agresi CVA. Aspek penting yang perlu diperhatikan adalah pencegahan, pengenalan dini dan pengobatan komplikasi pasca CVA. Adapun komplikasi lainnya mirip komplikasi jantung, pneumonia, tromboli vena, demam, nyeri pasca CVA, disfagia, inkontinensia dan depresi adalah komplikasi yang sangat awam pada pasien CVA. (Karehadi, 2021)

1.3.1.8 Pemeriksaan Penunjang CVA Infark

Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan pada pasien CVA, yakni:

1. Head CT Scan

Memperlihatkan secara jelas dan lebih spesifik letak edema, adanya jaringan otak yang mengalami infark secara pasti, dan posisi hematoma secara pasti.

2. Angiosgrafi serebral

Membantu menetuan penyebab CVA secara spesifik, seperti adanya perdarahan pada arteriovena atau terdapat rupture, Angiosgrafi serebral juga

dapat digunakan untuk mencari sumber pendarahannya misalnya malformasi vaskuler ataupun aneurisma.

3. Ultrasonografi Doppler

Mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena / masalah pada sistem aliran darah, munculnya plak, aterosklerosis, arterosklerosis.

4. *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

Digunakan untuk menentukan besar atau luas serta posisi terjadinya perdarahan pada otak. Hasil dari dilakukan pemeriksaan seringkali didapatkan pada area yang mengalami infark atau lesi akibat dari hemoragik.

5. Sinar Tegkorak

Menunjukkan adanya perubahan pada kelenjar lempeng pial pada darah yang berawan dari masa yang meluas, pada thrombosis serebral mengalami kalsifikasi karotis, dan pada perdarahan subaraknoid mengalami kalsifikasi dinding aneurisma.

6. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah rutin.
- b. Pemeriksaan kimia darah karena pada CVA Akt seringkali terjadi hiperglikemia.
- c. Fungsi lumbal biasanya tekanan normal terdapat thrombosis, TIA, dan emboli. Tekanan yang mengalami peningkatan dan cairan mengandung darah menjelaskan bahwa terdapat perdarahan intracranial atau sub arachnoid (Darmawan et al., 2024).

1.3.1.9 Penatalaksanaan CVA Infark

Penatalaksanaan Ada beberapa penatalaksanaan pada pasien dengan CVA Infark yakni:

1. Mengobati keadaan akut yang dapat dilakukan ialah berusaha dalam menstabilkan TTV:
 - a. Mempertahankan kepatenan jalan napas
 - b. Merawat kandung kemih, tidak menggunakan selang kateter urine.
 - c. Kontrol tekanan darah.
 - d. Latihan gerak pasif dengan cara mengubah posisi setiap 2 jam
2. Terapi Konservatif

- a. Pemenuhan cairan serta elektrolit dengan dilakukannya pemasangan infus.
- b. Pencegahan terjadinya peningkatan TIK menggunakan obat deuritika, antihiertensi, vasodilator sebagai cara dalam meningkatkan aliran serebral, antikoagulan sebagai pencegahan dalam memberatnya embolisasi atau thrombus dari tempat lainnya ke dalam system kardiovaskuler, bila kejang diberikan diazepam, dan anti tukak seperti cimetidine, serta manitol untuk mengurangi edema pada otak.
- c. Menghindari mencejan dan batuk
- e. Memberikan posisi telentang

3. Operatif

Apabila Upaya menurunkan TIK mengalami kegagalan, yang perlu dipertimbangkan ialah evakuasi hematoma, dikarenakan adanya hipertensi intracranial yang menetap tentunya dapat membahayakan kehidupan pasien.

4. Pada Fase pemulihan/sub akut (>10 hari), maka perlu dilakukan terapi fisik, stoking anti embolisme, dan terapi wicara (Anggraini, 2023).

Beberapa macam terapi yang direkomendasikan untuk pasien CVA Infark, ialah:

- a) Terdapat alternatif terapi lainnya yang diterapkan pada pasien CVA Infark untuk meningkatkan status fungsional pada sensori motorik, yaitu terapi latihan rentang gerak dengan menggunakan media cermin (mirror therapy). Terapi cermin ini mudah dilakukan dan hanya membutuhkan latihan yang sangat singkat tanpa membebani pasien (Herman et al., 2021).
- b) Jenis terapi komplementer yang digunakan dalam mengatasi masalah kelemahan otot pada pasien dengan CVA Infark meliputi terapi herbal, pijat, exercise, terapi magnet, terapi cahaya, thalassotherapy, stimulasi listrik, dan diet (Susanti et al., 2023).
- c) Pemberian latihan menggenggam bola merupakan suatu modalitas rangsang sensorik raba halus dan tekanan pada reseptor ujung organ berkapsul pada ekstremitas atas. Respon akan disampaikan ke korteks sensorik di otak jalur sensorik melalui badan sel pada saraf C7-T1 secara langsung melalui sistem limbik. Pengolahan rangsang yang ada

menimbulkan respon cepat pada saraf untuk melakukan aksi atas rangsangan tersebut (Darmawan et al., 2024).

- d) Latihan penguatan otot yang meliputi penjelasan fungsi otot dan fungsi latihan fisik terapi squishy, pengaturan jadwal dilakukan sesuai kontrak waktu yang telah disepakati oleh pasien dan keluarga. Intervensi keperawatan kedua dengan latihan penguatan sendi yaitu melakukan intervensi squishy dengan active ROM (*Range of Motion*) (Nugroho, 2024).

1.3.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

1.3.2.1 Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang dalam melakukan pergerakan yang bebas, teratur, mudah, dan memiliki tujuan dalam memenuhi kebutuhan hidup secara sehat. Hilangnya kemampuan untuk bergerak apat menyebabkan seseorang mengalami ketergantungan dan tentu hal ini membutuhkan tindakan keperawatan (Setyawati & Retnaningsih, 2024).

Mobilisasi atau mobilitas ialah kemampuan seseorang untuk melakukan gerak secara teratur dan bebas dalam mencapai suatu tujuan, seperti dalam memenuhi kebutuhan dalam menjaani hidup, baik dengan bantuan orang lain maupun secara mandiri bahkan hanya menggunakan bantuan alat. Mobilitas merupakan suatu proses yang kompleks sehingga membutuhkan koordinasi antara sistem saraf dengan sistem musculoskeletal (A Potter & Perry, 2017)

Gangguan mobilitas fisik ialah ketidakmampuan dalam melakukan ataupun mengendalikan gerakan pada tubuh secara efektif, yang bisa mempengaruhi kemampuan dalam bergerak, berdiri, duduk, berjalan, ataupun melakukan aktivitas sehari-hari lainnya (SDKI, 2017). Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan yang terjadi pada pergerakan fisik atau tubuh yang terjadi pada satu maupun lebih ekstremitas secara terarah dan mandiri (Anggraeni & Widada, 2023)

1.3.2.2 Etiologi Gangguan Mobilitas fisik

Dalam buku SDKI DPP PPNI (2017), etiologi terjadinya gangguan mobilitas fisik ialah : Ketidakbugaran fisik, kerusakan integritas struktur

tulang, perubahan metabolisme, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi, keterlambatan perkembangan, malnutrisi, kontraktur, gangguan neuromuskular, gangguan muskuloskeletal, efek agen farmakologi, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 usia, nyeri, program pembatasan gerak, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, gangguan kognitif, kecemasan, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensori persepsi (SDKI, 2017).

1.3.2.3 Tanda dan Gejala Mobilitas Fisik

Tanda dan Gejala Mobilitas Fisik Menurut Buku SDKI PPNI (2017) terdiri dari dua bagian, yaitu :

1) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas

Objektif : Kekuatan otot menurun, Rentang gerak (ROM) menurun.

2) Gejala dan tanda minor Subjektif : Nyeri saat bergerak, Enggan melakukan pergerakan Merasa cemas saat bergerak

Objektif : Sendi kaku Gerakan tidak berkoordinasi Gerakan terbatas, Fisik lemah (SDKI, 2017).

1.3.2.4 Tujuan Mobilisasi

Tujuan mobilisasi menurut Permatasari (2024) adalah untuk peningkatan kemandirian diri pada seseorang, memperlambat proses penyakit khususnya pada penyakit degeneratif, meningkatkan kesehatan, dan sebagai aktualisasi dalam konsep citra tubuh dan harga diri (Permatasari et al., 2024).

1.3.2.5 Macam-macam Mobilisasi

Menurut Hidayat (2012) dalam Syafaah (2024), terdapat 2 jenis mobilitas yaitu :

1) Mobilitas Penuh

Mobilisasi penuh adalah kemampuan individu dalam melakukan pergerakan secara penuh atau total maupun bebas, sehingga mampu menjalankan interaksi social maupun melakukan peran dalam kehidupan sehari-hari. Mobilitas penuh

dapat mengontrol seluruh bagian tubuh individu sebagai fungsi saraf sensorik dan motorik volunter

2) Mobilitas sebagian

Mobilitas sebagian ialah kemampuan individu dalam melakukan pergerakan secara terbatas atau adanya batasan yang jelas serta tidak dapat bergerak secara total maupun bebas, dikarenakan pengaruh oleh adanya gangguan saraf sensorik ataupun motorik dalam area tubuh individu. Kejadian ini seringkali dapat dijumpai pada kasus patah tulang atau cedera pada tulang dengan adanya pemasangan traksi. Mobilitas sebagian yang terjadi pada ekstremitas bawah dikarenakan kehilangan kontrol sensorik dan motorik. Mobilitas sebagian ini terbagi menjadi 2, yakni :

- a) Mobilitas sebagian permanen ialah kemampuan seseorang dalam bergerak dengan adanya batasan yang bersifat menetap, disebabkan karena ada kerusakan pada system syaraf bersifat reversible, seperti terjadinya hemiplegia pada pasien CVA.
- b) Mobilisasi sebagian temporer ialah kemampuan seseorang dalam melakukan gerak dengan adanya batasan yang bersifat sementara, disebabkan karena adanya trauma reversible tyang terjadi pada system muskuloskeletal, seperti adanya nyeri tulang dan sendi (Syafaah et al., 2024)

1.3.2.6 Faktor yang mempengaruhi Mobilitas Fisik

Berbagai faktor yang mempengaruhi mobilitas fisik dapat terhubung dengan lingkungan eksternal maupun lingkungan internal, menurut penelitian yang dilakukan oleh Sari (2020) yaitu:

1) Faktor Eksternal

Banyak faktor eksternal yang mengubah mobilitas pada seseorang. Faktor tersebut adalah :

- a) Program penanganan medis yang memiliki pengaruh kuat dalam kuantitas dan kualitas pergerakan klien. Seperti pada program restrain, farmakologis, tirah baring.
- b) Karakteristik tempat tinggal, karena pola perilaku dari lingkungan tempat tinggal sekitar mempengaruhi pola mobilitas dan perilakunya

- c) Karakteristik tenaga keperawatan juga dapat mempengaruhi pola mobilitas seperti komitmen perawat dalam membantu proses mobilisasi, pengetahuan, serta jumlah.
- d) Sistem dalam pemberian asuhan keperawatan yang digunakan dalam Rumah sakit dapat mempengaruhi status mobilitas pasien/ketergantungan pasien.
- e) Kurangnya alat bantu untuk mobilitas, kurangnya pengetahuan atau pemahaman tentang penggunaan alat bantu gerak.
- f) Kebijakan - kebijakan dari pemerintah maupun instansi menjadi faktor eksternal dari faktor lingkungan lain yang perlu diperhatikan. Untuk lansia adalah kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur institusi. Seperti adanya kriteria hasil dalam tindakan keperawatan, kekuatan otot, dll.

2) Faktor Internal

Faktor internal yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik atau imobilitas, ialah:

- a) Adanya perubahan fungsi secara neurologis, seperti adanya ensefalitis atau adanya infeksi, tumor, efek obat-obatan, trauma, penyakit vaskuler seperti stroke, penyakit degeneratif, terpajan produk racun, sclerosis multiple, serta gangguan nutrisi atau metabolik.
- b) Adanya penurunan fungsi pada musculoskeletal, seperti tulang yang terkena infeksi, fraktur, osteoporosis, sendi yang mengalami artritis, Otot adanya atrofi atau distrofi.
- c) Jatuh
- d) Aspek Psikologis
- e) Nyeri: dengan penyebab yang multiple dan bervariasi seperti penyakit kronis dan trauma.
- f) Defisit perseptual: berkurangnya kemampuan kognitif (Sari et al., 2020)

1.3.3 Konsep Latian ROM & Squishy

1.3.3.1 Konsep penilaian Skala Kekuatan Otot

Tabel 1.1 Penilaian skala kekuatan otot

KEKUATAN	NILAI	KETERANGAN
Zero (0%)	0	Tidak terdapat kontraksi otot
Trace (10%)	1	Terasa ada kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan sendi
Poor (25%)	2	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi
Fair (50%)	3	Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan
Good (70%)	4	Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan yang sedang
Normal (100%)	5	ROM penuh dengan melawan gravitasi dan tahanan.

Sumber : (midfullners, 2023)

1.3.3.2 Latian ROM Kombinasi Squishy

Sebuah intervensi keperawatan, seperti latihan rentang gerak aktif atau Range of Motion (ROM) dan squishy dapat diimplementasikan pada pasien pasca stroke. Penerapan tindakan keperawatan menggunakan ROM Aktif dengan kombinasi squishy pada pasien CVA infark yang memiliki masalah kelemahan otot di ekstremitas atas mampu meningkatkan kekuatan otot (Nugroho, 2024). Pasien stroke memerlukan latihan fisik sesuai dengan masalah kelemahan otot yang dialami oleh pasien terutama pasien dengan CVA Infark dengan tujuan sebagai cara mengembalikan kekuatan otot ekstremitas (Bezants, 2016). Untuk membantu pemulihan lengan atau ekstremitas atas diperlukan teknik stimulasi pada tangan, seperti penggunaan terapi Squishy dengan cara memegang benda pada telapak tangan. Terapi yang dilakukan dalam 6 hari dengan penerapan squishy kombinasi ROM dalam

meningkatkan kekuatan otot. Terapi ini berpengaruh dalam upaya melakukan peningkatan kekuatan otot pasien yang mengalami CVA Infark (Biantara et al., 2023)

Langkah – langkah yang dilakukan dalam melakukan intervensi keperawatan latihan ROM adalah :

1. Peneliti mengucapkan salam kepada pasien
2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dengan Bahasa yang jelas
3. Menjelaskan tujuan dari tindakan yang dilakukan dan lamanya tindakan
4. Menjaga privasi pasien dengan memasang sampiran menutup pintu atau gordien
5. Mengatur pasien pada posisi yang nyaman
6. Mencuci tangan
7. Membebaskan bagian tubuh yang akan digerakkan dari selimut atau baju
8. Melatih gerakan tangan pasien dengan teknik benar, yaitu fleksi ke depan, ekstensi , fleksi ke belakang atau hiperektensi.
9. Menggerakkan siku pasien dengan teknik yang benar, yaitu fleksi dan ekstensi
10. Menggerakkan lengan bawah dengan teknik yang benar, yaitu pronasi dan supinasi
11. Menggerakkan bahu pasien dengan teknik yang benar, yaitu fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi
12. Menggerakkan jari-jari pasien dengan teknik yang benar, yaitu fleksi ke depan, ekstensi, fleksi ke belakang atau hiperektensi dan menggerakkan jari jari pasien dengan cara melatih menggenggam menggunakan squishy
13. Menggerakkan kaki pasien dengan teknik yang benar, yaitu inversi dan eversi.
14. Menggerakkan pangkal paha dengan teknik yang benar, yaitu fleksi dan ekstensi.
15. Menggerakkan pangkal paha dengan teknik yang benar, yaitu rotasi, abduksi, dan adduksi
16. Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman
17. Mengevaluasi respon pasien selama latihan dan mengukur vital sign

18. Merapihkan peralatan dan lingkungan
19. Mengukur tanda-tanda vital
20. Mencuci tangan
21. Mengevaluasi respon pasien
22. Kontrak waktu untuk latihan berikutnya
23. Mencatat hasil tindakan sesuai prinsip dokumentasi (Ayuningtyas, 2020)

Intervensi terapi rom ini dikombinasikan dengan menggenggam Squishy. Langkah-langkah yang dilakukan ialah :

1. Memposisikan pasien
2. Menaruh squishy diatas telapak tangan pasien yang lemah.
3. Menginstruksikan pasien untuk menggenggam atau mencengkram tangan.
4. Selanjutnya lepaskan cengkraman atau genggaman tangan.
5. Menginstruksikan pasien melakukan gerakan berulang selama 10-15 menit (Sudrajat, 2017)

SOP ini telah dimodifikasi oleh penulis pada nomer 2, yaitu yang awalnya menggunakan bola karet tetapi penulis menggunakan bahan yang bernama squishy. Terapi ini memberikan efek yang signifikan dalam meningkatkan kontraksi otot yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik

1.4 Analisis Jurnal terkait

Tabel 1.2 *Evidence Based Nursing*

No	Keaslihan Penelitian
1	<p>Nama Peneliti/Tahun : Irgi Biantara, Arif Wahyu Setyo Budi, Nurchayati, Puspitowarno, Fitnaningsih Endang Cahyawati (2023)</p> <p>Judul : Application of Squishy Intervention With Combination Active ROM To Increase Muscle Strength Hands On Stroke Patient</p> <p>Populasi : 1 pasien CVA Infark</p> <p>Intervensi : Terapi ROM kombinasi Squishy</p> <p>Comparison : Tidak Ada</p> <p>Outcome : Terdapat peningkatan otot pada hari ketiga sampai dengan hari kelima dengan nilai kekuatan otot 3 serta pada hari keenam nilai kekuatan ototnya 4. Intervensi yang diberikan selama 6 hari dan dilakukan setiap hari 3 kali yaitu pagi, siang dan sore.</p>

		Jurnal ini yang akan dijadikan acuan oleh peneliti dalam melakukan asuhan keperawatan, dilakukan selama 6 hari karena lama perawatan pada pasien di RS selama 6 hari, serta terdapat adanya hasil yang signifikan dalam jurnal dalam meningkatkan kekuatan otot pasien CVA Infark.
2	Nama Peneliti/Tahun Judul Populasi Intervensi <i>Comparison</i> <i>Outcome</i>	: Fajar Agung Nugroho (2024) : Intervensi Keperawatan Kombinasi ROM Aktif dan Squishy pada Pasien Post Stroke dengan Hambatan Mobilitas Fisik. : 1 Pasien CVA Infark : Kombinasi terapi ROM aktif & Squishy. : Tidak ada. : Intervensi dilakukan selama 2 kali dalam sehari yaitu pada pagi dan sore, dilakukan selama 3 hari berturut-turut. Didapatkan hasil terjadi peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas kanan pasien yang sebelumnya nilai kekuatan ototnya 3 menjadi 4.
3	Nama Peneliti/Tahun Judul Populasi Intervensi <i>Comparison</i> <i>Outcome</i>	: Ela Susilawati, Adis Nadila, Kamaluddin : Latief (2023) : Pengaruh Latihan Tangan dengan Media Squishy terhadap Kekuatan Genggam pada Lansia : Lansia : Latihan tangan dengan media Squishy. : Tidak ada. : Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi perempuan terdapat pengaruh yang signifikan dimana nilai $p = 0,004 < 0,05$. Sementara itu, laki-laki di kelompok intervensi menunjukkan kekuatan genggam tangan kanan dengan nilai $p = 0,209 > 0,05$ yang artinya tidak ada pengaruh. Peneliti menyimpulkan tidak ada pengaruh latihan tangan dengan media squishy terhadap kekuatan genggam pada lansia.
4.	Nama Peneliti/Tahun Judul Populasi Intervensi	: Ilham Darmawan, Indhit Tri Utami, Asri Tri Pakarti (2024) : Penerapan range of motion exercise bola karet terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik. : 2 pasien stroke non hemoragik : Kombinasi terapi ROM aktif & bola karet.

<i>Comparison</i>	: Terapi ROM kombinasi Squishy.
<i>Outcome</i>	: Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan ROM exercise bola karet 2 kali sehari selama 4 hari dengan waktu 10-15 menit, terjadi peningkatan kekuatan otot pada kedua subyek penerapan, yaitu pada subyek I dari kekuatan otot 19.4 kg menjadi 21.9 kg dan pada subyek II dari kekuatan otot 17.2 kg menjadi 19.1 kg.
5. Nama Peneliti/Tahun	: Indah Permatasari, Indhit Tri Utami, Ludiana (2024)
Judul	: Application of Range of Motion (Rom) Therapy To Increasing Muscle Strength in Patients With Stroke
Populasi	: 2 pasien stroke non hemoragik
Intervensi	: Kombinasi terapi ROM pasif & bola karet.
<i>Comparison</i>	: Terapi ROM kombinasi Squishy.
<i>Outcome</i>	: Hasil penerapan menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot sebelum dan setelah dilakukan penerapan ROM. Sebelum penerapan ROM, subyek 1 mempunyai kekuatan otot 3 dan subyek 2 mempunyai kekuatan otot 2. Hasil pengkajian setelah penerapan ROM pasif, kekuatan otot subyek 1 meningkat menjadi 4 dan subyek 2 meningkat menjadi 3. Kesimpulan: Penerapan penerapan ROM pasif yang dilakukan mampu meningkatkan kekuatan otot pada penderita stroke

1.5 Konsep Asuhan Keperawatan CVA infark

1.5.1 Pengkajian

Pengkajian ialah tahapan awal yang dilalui dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien, yang digunakan dalam acuan proses mengenal permasalahan yang dialami atau dikeluhkan oleh pasien, sehingga dapat memberikan arah dalam melakukan tindakan keperawatan secara optimal. Dalam tahap pengkajian ini meliputi, pengumpulan data, dan pengelompokkan data serta perumusan diagnosis keperawatan (A Potter & Perry, 2017)

1.5.1.1 Identitas pasien / Data demografi

1. Usia

Seorang yang berusia lebih dari 55 tahun, memiliki risiko yang berlipat ganda dalam kurun waktu 10 tahunnya. Meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa CVA dapat menyerang semua kelompok usia dari yang muda sampai dewasa serta tidak memandang gender (Akhlish Dzikrullah Ahmad & Agung Ikhssani, 2021).

2. Jenis Kelamin

Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi daripada dengan perempuan. Resiko stroke pada laki-laki terjadi di usia lebih muda (Akhlish Dzikrullah Ahmad & Agung Ikhssani, 2021).

3. Pendidikan

Tingkat pendidikan juga menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi persepsi individu dalam menerima ide-ide serta teknologi. Semakin tinggi pendidikan individu, maka akan semakin tinggi juga tingkat pengetahuan individu terhadap cva *infark* dan cara pencegahannya (Lestari et al., 2023).

4. Ras/suku bangsa

Terdapat variasi yang cukup besar dalam terjadinya insiden CVA antara kelompok etnis yang berbeda. Orang-orang yang berasal dari ras Afrika memiliki risiko lebih tinggi untuk semua jenis stroke dibandingkan dengan orang-orang dari ras kaukasia. Risiko ini setidaknya 1,2 kali lebih tinggi dan bahkan lebih tinggi untuk jenis stroke ICH (Intracerebral Hemorrhage) (Akhlish Dzikrullah Ahmad & Agung Ikhssani, 2021).

5. Pekerjaan

Pekerjaan yang menyebabkan cva *infark* adalah pekerjaan yang membutuhkan konsentrasi tinggi (Rismawati et al., 2022).

1.5.1.2 Keluhan utama

Biasanya keluhan utama yang dirasakan pada pasien dengan cva *infark* ialah adanya kelemahan pada anggota gerak sebelah badan, tidak dapat berkomunikasi, serta bicara pelo. Didapatkan keluhan kelemahan anggota

gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, serta penurunan tingkat kesadaran (Aditama & Muntamah, 2024).

1.5.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Serangan CVA seringkali bersifat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas sehari-hari maupun saat beristirahat. Biasanya yang dirasakan oleh pasien adalah nyeri pada kepala, adanya mual dan muntah, kejang sampai tidak sadarkan diri, selain gejala tersebut bisa juga terjadi kelumpuhan pada sebah badan. Terdapat perubahan tingkat kesadaran yang disebabkan karena terjadi peningkatan tekanan intrakranial (Aditama & Muntamah, 2024)

1.5.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Terdapat riwayat penyakit hipertensi, penyakit kardiovaskuler, diabetes militus, riwayat trauma kepala, anemia, kontrasepsi oral yang berlangsung lama, adanya riwayat penggunaan obat-obat anti koagulan, vasodilator, aspirin, obesitas, obat-obat adiktif, penggunaan alkohol (Aditama & Muntamah, 2024)

1.5.1.5 Riwayat penyakit keluarga

Biasanya terdapat riwayat keluarga yang memiliki penyakit hipertensi maupun diabetes militus (Aditama & Muntamah, 2024)

1.5.2 Pemeriksaan persistem B1-B6

1. B1 (*Breathing*)

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan klien batuk, adanya peningkatan pada produksi sputum, terjadi sesak napas, terdapat penggunaan otot bantu napas, dan adanya peningkatan pada frekuensi pernapasan. Pada pemeriksaan Auskultasi terdapat bunyi napas tambahan sebagai contoh ronkhi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan menurunnya kemampuan batuk sering ditemukan pada pasien CVA yang mengalami penurunan tingkat kesadaran koma. Sedangkan pada pasien dengan tingkat kesadaran yang baik/compos mentis, didapatkan pengkajian inspeksi pada sistem pernapasannya tidak terdapat kelainan. Dalam pemeriksaan palpasi toraks juga didapatkan jika taktil premitus kanan dan kiri seimbang. Pada pemeriksaan auskultasi tidak ditemukan suara napas tambahan serta pada pemeriksaan perkusi ditemukan

suara pekak.

2. B2 (*Blood*)

Biasanya didapatkan adanya syok hipovolemik yang sering terjadi pada pasien CVA. Terjadi peningkatan tekanan darah sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi massif yaitu tekanan darah yang melebihi 200 mmHg.

3. B3 (*Brain*)

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

Pengkajian Saraf Kranial Menurut Mutiari (2019) dalam pengkajian sistem syaraf meliputi pemeriksaan pada syaraf kranial I-XII.

- b. Saraf I: seringkali pada pasien CVA tidak terdapat kelainan dalam fungsi penciuman.
- c. Saraf II : adanya disfungsi persepsi visual yang dikarenakan adanya gangguan jarak sensori primer yang terjadi diantara mata dengan korteks visual. Terjadinya gangguan hubungan spasial-visual (hemiplegia kiri, sehingga pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian karena ketidakmampuan dalam mencocokkan pakaian).
- d. Saraf III, IV, dan VI. Pasien yang mengalami CVA dapat mengakibatkan terjadinya paralisis, pada salah satu sisi otot-otot okularis yang dapat menyebabkan penurunan kemampuan dalam gerakan konjugat secara unilateral dari sisi yang mengalami sakit.
- e. Saraf V. Beberapa keadaan CVA dapat menyebabkan paralisis saraf trigemimus, adanya penurunan kemampuan dalam mengkoordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi lateral, serta terdapat kelumpuhan pada salah satu sisi otot pterigoideus internus serta eksternus.
- f. Saraf VII. Persepsi dalam pengecapan masih dalam batas normal, wajah yang asimetris, dan pada otot wajah mengalami tertarik ke

bagian sisi yang sehat.

- g. Saraf VIII. Pada saraf VIII Tidak ditemukan adanya tuli persepsi maupun tuli konduktif.
- h. Saraf IX dan X : Kemampuan dalam menelan kurang baik dan adanya kesulitan dalam membuka mulut.
- i. Saraf XI : Tidak adanya atrofi otot trapezius serta sternokleidomastoideus.
- j. Saraf XII: pada lidah simetris, adanya deviasi pada salah satu sisi dan indra pengecap normal, serta fasikulasi.

4. B4 (*Bladder*)

Post CVA pasien mungkin akan mengalami inkontinensia urine sementara dikarenakan adanya konfusi, dan ketidakmampuan dalam mengomunikasikan sebuah kebutuhan, serta ketidakmampuan dalam mengendalikan kandung kemih yang disebabkan oleh rusaknya kontrol motorik serta postural. Dalam periode ini, maka dilakukan kateterisasi urine secara intermiten menggunakan teknik steril. Keadaan inkontinensia urine yang sudah berlanjut akan menunjukkan adanya kerusakan neurologis yang luas.

5. B5 (*Bowel*)

Biasanya didapatkan keluhan kesulitan menelan, adanya nafsu makan yang menurun, mual dan muntah pada fase akut. Mual - muntah yang disebabkan karena adanya peningkatan produksi pada asam lambung sehingga membuat masalah dalam pemenuhan nutrisi. Terjadinya konstipasi karena penurunan pada peristaltik usus. Terdapat inkontinensia alvi yang berlanjut dapat menunjukkan terjadinya kerusakan pada neurologis secara luas.

6. B6 (*Bone*)

Stroke merupakan penyakit yang dapat mengakibatkan menurunnya atau bahkan hilangnya kontrol volunter pada gerakan motorik. Sehingga neuron motor atas menyilang, dan gangguan volunter yang terjadi disalah satu sisi badan akan menunjukkan kerusakan pada neuron motorik atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Yang paling sering terjadi ialah hemiplegia karena adanya lesi yang terjadi pada sisi otak secara berlawanan. Kelemahan

yang terjadi pada salah satu tubuh atau dengan kata lain merupakan tanda lainnya. Jika kulit kekurangan O₂ kulit, maka akan terlihat pucat dan jika kulit kekurangan cairan, maka akan membuat turgor kulit memburuk. Selain pengakjian tersebut, masih perlu dikaji apakah terdapat tanda-tanda dekubitus pada daerah yang menonjol karena pasien dengan CVA rentan dengan masalah mobilitas fisik. Terdapat kesulitan dalam melakukan aktivitas dikarenakan fatigue, serta mudah lelah yang dapat menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat tidur (A Potter & Perry, 2017).

1.5.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada CVA *Infark* adalah:

1. Gangguan mobilitas fisik b.d kelemahan otot.

1.5.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 1.3 Konsep intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik

No. DX	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Keperawatan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan
1	<p>Gangguan mobilitas Fisik</p> <p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas - Nyeri saat bergerak - Merasa cemas saat Bergerak - Enggan melakukan Pergerakan <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot Menurun - Rentang gerak (ROM) menurun - Sendi kaku - Gerakan tidak terkoordinasi - Gerakan terbatas 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X 24 jam</p> <p>Mobilitas Fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>T :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 6. Fasilitasi melakkan pergerakan, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasiendalam

	Fisik lemah		<p>meningkatkan pergerakan</p> <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur)
--	-------------	--	--

1.5.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam keperawatan ialah suatu proses pengaplikasian dari rencana yang sudah disusun dalam intervensi keperawatan guna mencapai suatu tujuan yang optimal dan spesifik. Dalam implementasi kegiatan yang dilakukan adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien, mengumpulkan data pengkajian dan penunjang dalam menentukan tindakan selanjutnya, memvalidasi ulang rencana tindakan keperawatan, serta melakukan dokumentasi implementasi keperawatan (A Potter & Perry, 2017)

1.5.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan ialah proses akhir dalam memberikan asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, analisa data, sampai dengan pemberian intervensi keperawatan serta implementasi. Evaluasi keperawatan diperlukan guna untuk melihat apakah terdapat hasil yang sesuai setelah diakukannya asuhann keperawatan. Apakah sudah mencapai target dan sudahkah terpenuhi keberhasilan impementasi. Sistem yang digunakan dalam evaluasi iaah sistem SOAP (subjektif, objektif, assesment dan perencanaan) dengan menggunakan metode ini diharapkan evauasi serta integritas dan keluhan yang dirasakan pasien mampu dinilai serta impementasi keperawatan dapat diyatakan berhasil ketika pasien mengatakan lebih rieks, nyaman, serta keluhan yang berkurang sehingga pasien dapat pulang (A Potter & Perry, 2017)

1.6 Tujuan Penelitian

1.6.1 Tujuan Umum

Penulisan dalam karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan dan analisis terhadap kasus pada pasien CVA Infark diruang Mawar Kuning Atas RSUD R.T Notopuro Sidoarjo.

1.6.2 Tujuan Khusus

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan CVA Infark
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien CVA Infark
- c. Menentukan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien CVA Infark
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan dengan latihan ROM kombinasi Squishy pada pasien CVA Infark.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien CVA Infark

1.7 Manfaat Penelitian

1.7.1 Secara Teoritis

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat membantu pemecahan masalah dan menambah wawasan keilmuan dalam bidang keperawatan medical bedah khususnya dengan masalah yang berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik pada klien CVA infark.

1.7.2 Secara Praktis

- a. Bagi Perawat
Hasil penelitian ini dapat diharapkan memberikan sumbangan dalam penatalaksanaan dan informasi dalam bidang keperawatan medical bedah dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada klien CVA infark.
- b. Bagi Rumah Sakit
Asuhan keperawatan pada klien CVA infark ini dapat dijadikan bahan perbandingan studi untuk mengevaluasi keefektifan implementasi yang diberikan pada klien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
- c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk meningkatkan kualitas pengetahuan dan pendidikan dalam bidang keperawatan medikal bedah pada penatalaksanaan klien yang mengalami CVA infark dengan masalah gangguan mobilitas fisik

d. Bagi Pasien dan Keluarga

Memberikan pengetahuan, penyuluhan, pencegahan serta dan penatalaksanaan kepada klien dan keluarga tentang penyakit CVA infark agar bisa dihindari dan menerapkan kehidupan yang sehat dalam aktivitas sehari-hari, agar terhindar dari masalah gangguan mobilitas fisik pada klien CVA infark.



BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini penulis membahas tentang asuhan keperawatan yang terdiri dari asuhan keperawatan pada pasien dengan CVA Infark di Ruang Mawar kuning atas RSUD Sidoarjo yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. M yang berusia 63 tahun berjenis kelamin laki-laki. Tn. M beralamat di Candi, Sidoarjo, beragama islam, dengan pekerjaan buruh tani, pasien masuk ke RSUD R.T Notopuro Sidoarjo pada tanggal 11 Februari 2024 diantar oleh keluarganya. Diagnosa medis Tn. M ialah CVA infark.

2.1.2 Riwayat Penyakit

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan jika saat dirumah tangan serta kaki kanannya sulit untuk digerakkan, pasien juga sulit berbicara. Sehingga keluarganya membawa pasien ke IGD RSUD R.T Notopuro Sidoarjo pada tanggal 11 Februari 2024. Setelah mendapat perawatan di ruang UGD, pasien dipindahkan keruang rawat inap Mawar Kuning Atas, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 februari 2024 didapatkan data pasien masih mengeluh kaki dan tangannya yang sebelah kanan masih sulit digerakkan, pasien sulit berbicara, merasa lemas pada badan sebelah kanan. Kesadaran compos mentis, SPO2 98%, RR: 20x/mnt, N: 97x/mnt, TD : 145/92 mmH.