BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan teori

1. Aplikasi teori *self care*

a. Pengertian

Self care diartikan sebagai wujud perilaku seseorang dalam menjaga kehidupan, kesehatan, perkembangan dan kehidupan di sekitarnya (Verstraeten, Mark, & Sitskoorn, 2016). Menurut Oliveira-Kumakura *et al.* (2019), *self care* merupakan perilaku yang dipelajari dan merupakan suatu tindakan sebagai respons atas suatu kebutuhan. Teori *self care* adalah teori keperawatan yang dikembangkan oleh Dorothe Orem. Orem mengembangkan teori keperawatan *self care* secara umum di bagi menjadi 3 teori yang saling berhubungan, yaitu: teori *self care,* teori *self care deficit*, teori *nursing system* (Jingru *et al.*, 2018).

Perawatan diri (*self care*) merupakan suatu tindakan individu yang terancam dalam rangka mengendalikan penyakitnya untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan (Alligood, 2017). Model konsep menurut Dorothea Orem yang dikenal dengan model *self care* memberikan pengertian jelas bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan dapat dilakukan individu dalam memenuhi

https://repository.unimus.ac.id

kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan sesuai dengan keadaan sehat dan sakit, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri.

Pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawat diri dan mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, kecuali bila orang itu tidak mampu. *Self care* menurut Orem (2001) dalam (Alligood, 2017) adalah kegiatan memenuhi kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

Teori defisit perawatan diri (*deficit self care*) Orem dibentuk menjadi tiga teori yang saling berhubungan.

1) Teori perawatan diri (*self care theory*) menggambarkan dan menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya.
2) Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*) menggambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, salah satunya adalah dari tenaga keperawatan.
3) Teori sistem keperawatan (*nursing system theory*) menggambarkan dan menjelaskan hubungan interpersonal yang

https://repository.unimus.ac.id

harus dilakukan dan dipertahankan oleh seorang perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif.

Adapun penjelasan mengenai ketiga teori keperawatan di atas adalah sebagai berikut:

1) Teori perawatan diri (*self care agency*) berdasarkan Orem terdiri dari:
   a) Perawatan diri adalah tindakan yang diprakarsai oleh individu dan diselenggarakan berdasarkan adanya kepentingan untuk mempertahankan hidup, fungsi tubuh yang sehat, perkembangan dan kesejahteraan.
   b) Agen perawat diri (*self care agency*) adalah kemampuan yang kompleks dari individu atau orang-orang dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi *self care agency* dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi sosial kultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada.
   c) 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

https://repository.unimus.ac.id

kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan).

2) Kebutuhan Perawatan Diri Pada Kondisi Adanya Penyimpangan Kesehatan (*Health Deviation Self Care Requisite*).

Kebutuhan ini dikaitkan dengan penyimpangan dalam aspek struktur dan fungsi manusia. Seseorang yang sakit, terluka mengalami kondisi patologis tertentu, kecacatan atau ketidakmampuan seseorang atau seseorang yang menjalani pengobatan tetap membutuhkan perawatan diri. Adapun kebutuhan perawatan diri pada kondisi penyimpangan kesehatan atau perubahan kesehatan antara lain:

a) Pencarian bantuan kesehatan
b) Kesadaran akan risiko munculnya masalah akibat pengobatan atau perawatan yang di jalani.
c) Melakukan diagnostik, terapi, dan rehabilitatif, memahami efek buruk dari perawatan.
d) Adanya modifikasi gambaran atau konsep diri.
e) Penyesuaian gaya hidup yang dapat mendukung perubahan status kesehatan.

3) Teori defisit perawatan diri (*Deficit self care theory*)

Setiap orang memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri, tetapi ketika seseorang tersebut

https://repository.unimus.ac.id

mengalami ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, disebut sebagai *self care deficit*. Defisit perawatan diri menjelaskan hubungan antara kemampuan seseorang dalam bertindak/ beraktivitas dengan tuntunan kebutuhan tentang perawatan diri, sehingga ketika tuntunan lebih besar dari kemampuan, maka seseorang akan mengalami penurunan/defisit perawatan diri. Orem memiliki metode untuk proses penyelesaian masalah tersebut, yaitu bertindak atau berbuat sesuatu untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, sebagai pendidik, memberikan dukungan fisik, memberikan dukungan psikologis dan meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik orang lain.

b. Tujuan *selfcare*

Tujuan *selfcare* Hidayat (2011), di antaranya yaitu:

1) Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2) Memelihara kebersihan diri seseorang
3) Memperbaiki *personal hygiene* yang kurang
4) Mencegah penyakit.
5) Menciptakan keindahan
6) Meningkatkan rasa percaya diri

https://repository.unimus.ac.id

c. Manfaat *self care*

Manfaat *self care* Alligood (2017), di antaranya:

1) Memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk meningkatkan kehidupan kesehatan serta kesejahteraan.
2) Mempertahankan kualitas kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan baik dalam keadaan sehat ataupun sakit.
3) Membantu individu dan keluarga dalam mempertahankan *self care* yang mencakup integritas struktural, fungsi dan perkembangan.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan *self care*

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan *self care* Alligood (2017) antara lain:

1) Usia

Usia merupakan salah satu faktor penting pada *self care*. Bertambahnya usia sering dihubungkan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensoris. Pemenuhan kebutuhan *self care* akan bertambah efektif seiring dengan bertambahnya usia dan kemampuan.

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin mempunyai kontribusi dalam kemampuan perawatan diri. Pada laki-laki lebih banyak melakukan penyimpangan kesehatan seperti kurangnya manajemen berat badan dan kebiasaan merokok dibandingkan pada perempuan.

https://repository.unimus.ac.id

3) Status perkembangan

Status perkembangan menurut Orem meliputi tingkat fisik seseorang, fungsional, perkembangan kognitif dan tingkat psikososial. Tahap perkembangan mempengaruhi kebutuhan dan kemampuan *self care* individu. Kognitif dan perilaku seseorang akan berubah sepanjang hidupnya sehingga perawat harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan (Potter dan Perry, 2010).

4) Status kesehatan

Status kesehatan berdasarkan Orem antara lain status kesehatan saat ini, status ini, status kesehatan dahulu (riwayat kesehatan dahulu) serta persepsi tentang kesehatan masing-masing individu. Status kesehatan meliputi diagnosis medis, gambaran kondisi pasien, komplikasi, perawatan yang dilakukan dan gambaran individu yang mempengaruhi kebutuhan *self car*e (*self care requisite*). Tinjauan dari *self care* menurut Orem, status kesehatan pasien yang mempengaruhi kebutuhan *self care* dapat di kelompokan menjadi 3 kategori yaitu sistem bantuan penuh (*wholly compensatory system*), sistem bantuan sebagai

https://repository.unimus.ac.id

(*partially compensatory system*) dan sistem dukungan pendidikan (*supportif education system*).

5) Sosiokultural

Sistem yang saling terkait dengan lingkungan sosial seseorang, keyakinan spiritual, sosial dan fungsi unit keluarga.

6) Sistem pelayanan kesehatan

Sumber daya dari pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan tersedia untuk individu dalam melakukan diagnostik dan pengobatan.

7) Sistem keluarga

Peran atau hubungan anggota keluarga dan orang lain yang signifikan serta peraturan seseorang di dalam keluarga. Selain itu sistem keluarga juga meliputi tipe keluarga, budaya yang mempengaruhi keluarga, sumber-sumber yang dimiliki individu atau keluarga serta perawatan diri dalam keluarga.

8) Pola hidup

Pola hidup yang dimaksud adalah aktivitas normal seseorang yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

9) Lingkungan

Tempat seseorang biasanya melakukan perawatan diri di lingkungan rumah.

https://repository.unimus.ac.id

10) Ketersediaan sumber

Ketersediaan sumber ini termasuk ekonomi, personal, kemampuan dan waktu. Ketersediaan sumber-sumber yang mendukung perawatan diri atau proses penyembuhan pasien.

e. Macam-macam *self care*

Macam-macam kemandirian pasien (Collin, Wade, Davies, & Horne, 1988) yaitu:

1) Mandi

Tidak menerima bantuan (masuk dan keluar bak mandi sendiri jika mandi dengan menjadi kebiasaan), menerima bantuan untuk mandi hanya satu bagian tubuh (seperti punggung atau kaki), menerima bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh (atau tidak dimandikan).

2) Berpakaian

Mengambil baju dan memakai baju dengan lengkap tanpa bantuan, kecuali mengikat sepatu, menerima bantuan dalam memakai baju, atau membiarkan sebagian tetap tidak berpakaian.

3) Ke kamar kecil

Pergi ke kamar kecil membersihkan diri, dan merapikan baju tanpa bantuan (dapat menggunakan objek untuk menyokong seperti tongkat, *walker*, atau kursi roda, dan dapat mengatur *bedpan* malam hari atau *bedpan* pengosongan pada pagi hari,

https://repository.unimus.ac.id

menerima bantuan ke kamar kecil membersihkan diri, atau dalam merapikan pakaian setelah eliminasi, atau menggunakan *bedpan* atau pispot pada malam hari, tidak ke kamar kecil untuk proses eliminasi.

4) Berpindah

Berpindah ke dan dari tempat tidur seperti berpindah ke dan dari kursi tanpa bantuan (mungkin menggunakan alat/objek untuk mendukung seperti tempat atau alat bantu jalan), berpindah ke dan dari tempat tidur atau kursi dengan bantuan, bergerak naik atau turun dari tempat tidur.

5) Kontinen

Mengontrol perkemihan dan defekasi dengan komplit oleh diri sendiri, kadang-kadang mengalami ketidakmampuan untuk mengontrol perkemihan dan defekasi, pengawasan membantu mempertahankan kontrol urin atau defekasi, kateter digunakan atau kontinensia.

6) Makan

Makan sendiri tanpa bantuan, makan sendiri kecuali mendapatkan bantuan dalam mengambil makanan sendiri, menerima bantuan dalam makan sebagian atau sepenuhnya dengan menggunakan selang atau cairan intravena.

https://repository.unimus.ac.id

f. Pengukuran *selfcare*

Untuk mengetahui apakah lansia mengalami masalah dalam pemenuhan kebutuhan *activity daily living* (ADL) dapat digunakan pengukuran Indeks Barthel. Indeks barthel merupakan suatu instrumen pengukuran yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan. Pengukuran yang digunakan untuk mengukur kemandirian fungsional menggunakan 10 indikator:

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
1.	Buang air besar	0= inkontinensia (atau membutuhkan diberikan enema) 1= kadang inkontinensia (sekali/minggu) 2= kontinensia	
2.	Buang air kecil	0= inkontinensia atau pakai kateter 1= sesekali inkontinensia (maksimal 1 kali/24 jam) 2= kontinensia (lebih dari 7 hari)	
3.	Perawatan diri/ berdandan	0= membutuhkan bantuan orang lain 1= mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur.	
4.	Penggunaan toilet	0= tergantung pada orang lain 1= membutuhkan bantuan, tapi beberapa dapat melakukan beberapa hal sendiri 2= mandiri	
5.	Makan	0= tidak mampu 1= butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll. 2= mandiri	
6.	Transfer	0= tidak mampu duduk 1= butuh bantuan banyak untuk bisa duduk (1 atau 2 orang, fisik) untuk duduk 2= bantuan sedikit (verbal/fisik) 3= mandiri bisa duduk	
7.	Mobilitas	0= *immobile* 1= menggunakan kursi roda	

https://repository.unimus.ac.id

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
		2= berjalan dengan bantuan satu orang 3= mandiri (bantuan peralatan)	
8.	Berpakaian	0= tergantung orang lain 1= sebagian dibantu 2= mandiri	
9.	Naik turun tangga	0= tidak mampu 1= membutuhkan bantuan 2= mandiri	
10.	Mandi	0= tergantung 1= mandiri	

Tabel 2 1. Indeks Barthel

Sumber: The Barthel ADL Index: a reliability study (Collin et al., 1988)

Interpretasi hasil:

Skor 20 : Mandiri
Skor 12-19 : Ketergantungan Ringan
Skor 9-11 : Ketergantungan Sedang
Skor 5-8 : Ketergantungan Berat
Skor 0-4 : Ketergantungan total

2. Konsep penyakit stroke

Stroke dibagi menjadi 2 kategori, yaitu stroke non hemoragik dan stroke hemoragik. Stroke non hemoragik merupakan proses terjadinya iskemia pada jaringan otak akibat dari emboli dan trombosis serebral yang menimbulkan hipoksia yang biasanya terjadi setelah lama beristirahat, setelah bangun tidur atau di pagi hari (Muttaqin, 2009b). Sedangkan stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, darah merembes ke area otak, dan merusaknya (Kristiyawati dan Hariyati, 2009).

https://repository.unimus.ac.id

a. Stroke non hemoragik

1) Definisi Stroke

Stroke adalah suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak yang mengakibatkan kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Muttaqin, 2009a). Stroke adalah suatu sindrom klinis yang di tandai dengan hilangnya fungsi otak secara akut dan dapat menimbulkan kematian (World Health Organization, 2018). Stroke merupakan suatu keadaan yang muncul karena adanya gangguan vaskularisasi di otak sehingga terjadi kematian jaringan otak yang berdampak kelumpuhan atau kematian (Muttaqin, 2009b).

Berdasarkan pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa stroke merupakan keadaan klinis terjadi akibat adanya gangguan perdarahan di otak sehingga menyebabkan hilangnya sebagian fungsi otak yang dapat menimbulkan kelumpuhan.

2) Klasifikasi stroke

Berdasarkan klasifikasinya, stroke non hemoragik dibagi 3 stadium Wijaya dan Putri (2013), yaitu:

a) *Trans Iskemik Attac*k (TIA)

Trans Iskemik Attack adalah gangguan neurologi yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja.

https://repository.unimus.ac.id

Gejala yang timbul akan hilang spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

b) Stroke Involusi

Stroke yang masih terus berkembang dimana gangguan neurologis semakin berat dan bertambah buruk. Proses ini dapat berlangsung dalam waktu 24 jam.

c) Stroke komplit

Adalah gangguan neurologis yang timbul menetap. Stroke ini diawali dengan serangan TIA yang berulang.

3) Etiologi

Ada beberapa penyebab stroke non hemoragik Wijaya dan Putri (2013), yaitu:

a) Trombosis serebral

Trombosis serebri yang paling umum adalah akibat aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral. Biasanya terdapat keterkaitannya antara kerusakan lokal dinding pembuluh darah yang diakibatkan oleh aterosklerosis.

b) Emboli Serebri

Emboli Serebri, kasus tersering berasal dari suatu trombus dalam jantung, dan biasanya usia penderita embolisme lebih muda dibandingkan penderita dengan thrombosis.

https://repository.unimus.ac.id

4) Faktor risiko

a) Faktor risiko yang tidak dapat diubah yakni riwayat keluarga, riwayat TIA atau stroke, riwayat jantung koroner, usia, jenis kelamin, pria, ras, fibrilasi atrium & heterozigot atau hemosistinuria.

b) Faktor risiko yang dapat diubah yakni hipertensi, riwayat diabetes militus, merokok, penyalahgunaan obat dan alkohol, kontrasepsi oral, hematrokit meningkat, bruit karotis, asimtomatis, hiperurisemia, dan dislipedemia.

5) Patofisiologi stroke non hemoragik

Otak sangat tergantung pada oksigen setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang lama menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan *Infark* pada otak (Muttaqin, 2009a). *Defisit fokal permanen* bergantung pada daerah otak yang terkena dan akan menggambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna (Muttaqin, 2009a). Aliran darah ke tiap bagian otak jika terhambat trombus atau emboli, maka terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak, kekurangan oksigen dalam waktu satu menit dapat menimbulkan gejala

https://repository.unimus.ac.id

yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron-neuron (Muttaqin, 2009a). Gangguan peredaran darah ke otak akan menimbulkan gangguan metabolisme sel-sel neuron, sel-sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen karena metabolisme tergantung dari glikogen dan oksigen yang terdapat pada arteri-arteri yang menuju otak (Muttaqin, 2009a).

6) Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pasien dengan stroke Wijaya dan Putri (2013) adalah:

a) Kelumpuhan anggota badan dan wajah yang timbul mendadak
b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
c) Perubahan status mental yang mendadak
d) Afasia (bicara tidak lancar, kesulitan memahami ucapan)
e) Ataksia (menurunnya koordinasi atas gerakan otot) anggota badan
f) Vertigo, mual, muntah, atau nyeri kepala.

Gejala khusus:

a) Kehilangan motorik

Kehilangan kontrol *volunteer* terhadap gerakan motorik, misalnya:

https://repository.unimus.ac.id

(1) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)

(2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)

(3) Menurunnya tonus otot yang abnormal

b) Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya:

(1) *Disatria*, adalah kesulitan berbicara, ditandai dengan bicara susah dimengerti oleh orang lain, disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggungjawab untuk menghasilkan bicara.

(2) *Disfasia* atau afasia atau kehilangan bicara terutama ekspresif represif apraksia yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya.

c) Gangguan persepsi

(1) *Homonimus hemianopsia*, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis,

(2) *Amorfosintesis*, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dan mengabaikan sisi/ ruang yang sakit tersebut.

(3) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh.

https://repository.unimus.ac.id

7) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien strok Wijaya dan Putri (2013) diantaranya:

a) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau obstruksi arteri.

b) CT scan

Memperlihatkan secara spesifik adanya edema, hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisi secara pasti.

c) *Magnetic Imaging Resonance* (MRI)

Untuk menunjukkan adanya tekanan abnormal dan biasanya ada trombus, emboli, dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan hemoragi subarachnoid/ perdarahan intrakranial.

d) Electro ensefalography (EEG)

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

e) Foto thorax

Memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis penderita stroke.

https://repository.unimus.ac.id

8) Pemeriksaan laboratorium

a) Fungsi lumbal: tekanan normal biasanya ada trombus, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan *subaracnoid* atau intrakranial. Kadar protein total meningkatkan pada kasus trombosis berhubungan dengan proses inflamasi.

b) Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)

c) Pemeriksaan kimia darah pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembal.

d) Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah.

9) Komplikasi

Setelah mengalami stroke Wijaya dan Putri (2013) pasien mungkin akan mengalami:

a) Berhubungan dengan immobilisasi: infeksi pernafasan, nyeri pada daerah tekanan, konstipasi dan thrombo flebitis.

b) Berhubungan dengan paralisis: nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas dan terjatuh.

c) Berhubungan dengan kerusakan otak: epilepsy dan sakit kepala.

https://repository.unimus.ac.id

d) Hidrocepalus. Individu yang menderita stroke berat pada bagian otak.

10) Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien stroke Wijaya dan Putri (2013) antara lain:

a) Penatalaksanaan umum

(1) Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamika stabil.

(2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat berikan oksigen 1-2 liter/ menit bila ada hasil gas dan darah.

(3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.

(4) Kontrol tekanan darah, dipertahankan normal.

(5) Suhu tubuh harus dipertahankan.

(6) Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien dengan kesadaran menurun, dianjurkan menggunakan selang NGT.

(7) Mobilisasi dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontraindikasi.

https://repository.unimus.ac.id

b) Penatalaksanaan medis

(1) Trombolitik (streptokinase)

(2) Anti platelet atau anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipridamol)

(3) Antikoagulan (pentoxyfilin)

(4) Antagonis serotonim (noftidrofuyl)

(5) Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)

c) Penatalaksanaan khusus komplikasi

(1) Atasi kejang (antikolvusan)

(2) Atasi tekanan intrakarnial yang meninggi dengan manitol, gliserol, furosemid, intubasi steroid, dan lain-lain.

(3) Atasi dekompresi (kraniotomi)

d) Untuk penatalaksanaan faktor risiko:

(1) Atasi hipertensi (anti hipertensi)

(2) Atau hiperglikemia (anti hiperglikemia).

11) Pencegahan stroke

Stroke dapat dicegah Wijaya dan Putri (2013) dengan cara-cara dibawah ni:

a) Mengurangi kegemukan

b) Berhenti merokok

c) Berhenti minum kopi

d) Batasi makan garam atau berlemak

https://repository.unimus.ac.id

e) Tingkatkan masukan kalium

f) Rajin olahraga

g) Mengubah gaya hidup yang kurang sehat

h) Menghindari obat-obatan yang dapat meninggikan tekanan darah

b. Stroke hemoragik

1) Pengertian

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh karena adanya perdarahan suatu arteri serebralis yang menyebabkan kerusakan otak dan gangguan fungsi saraf. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk ke dalam jaringan otak sehingga terjadi hematoma (Iskandar, 2011).

Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke hemoragik di kelompokan sebagai berikut:

a) PIS (Perdarahan intraserebral)

Perdarahan intraserebral disebabkan karena adanya pembuluh darah intraserebral yang pecah sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan penurunan aliran darah otak dan berujung pada kematian sel sehingga mengakibatkan defisit neurologi (Black dan

https://repository.unimus.ac.id

Hawks, 2014; Lemone, Burke, & Bauldoff, 2015). Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi dan penyakit darah seperti hemofilia (Pinzon dan Asanti, 2010).

b) PSA (Pendarahan subarakhnoid)

Pendarahan subarakhnoid merupakan masuknya darah ke ruang subrakhnoid baik dari tempat lain (pendarahan subarakhnoid sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subrakhnoid itu sendiri (pendarahan subarakhnoid) (Iskandar, 2011). Perdarahan subarakhnoidal (PSA) merupakan perdarahan yang terjadi masuknya darah ke dalam ruangan subarakhnoid (Pinzon dan Asanti, 2010).

2) Patofisiologi Stroke

Otak sangat tergantung kepada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Iskemia dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi *infark* otak yang disertai *odem* otak sedangkan bagian tubuh yang terserang stroke secara

https://repository.unimus.ac.id

permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. Stroke itu sendiri disebabkan oleh adanya arteriosklerosis (Iskandar, 2011).

Arteriosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah kejaringan otak. Arteriosklerosis juga dapat menyebabkan suplai darah kejaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (Huda dan Hardhi, 2013). Arteriosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau trombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arteriosklerosis bagian trombus terlepas dari dinding arteri akan mengikuti aliran darah menuju arteri yang lebih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Burton *et al.*, 2011).

3) Faktor risiko

Menurut Simarmata *et al.* (2018) ada beberapa macam faktor risiko yang menyebabkan terjadinya stroke yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi merupakan faktor yang dapat dicegah terjadinya suatu penyakit dengan cara memberikan intervensi. Faktor risiko ini dipengaruhi oleh banyak hal terutama perilaku. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

https://repository.unimus.ac.id

meliputi hipertensi, stres, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, dan konsumsi alkohol. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang tidak dapat di rubah walaupun dilakukan intervensi karena termasuk karakteristik seseorang mulai dari awal kehidupannya. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia dan jenis kelamin.

4) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (Simarmata *et al.*, 2018) diantaranya:

a) Usia

Stroke dapat terjadi pada semua orang dan pada semua usia, termasuk anak-anak. Kejadian penderita stroke iskemik biasanya berusia lanjut (60 tahun ke atas) dan risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalaminya degeneratif organ-organ dalam tubuh (Huda dan Hardhi, 2013). Sedangkan menurut Pinzon dan Asanti (2010) stroke dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 70% stroke terjadi pada usia di atas 65 tahun. Perubahan struktur pembuluh darah karena penuaan dapat menjadi salah satu faktor terjadi serangan stroke (Pratama, 2018).

Diagnosis dokter dan tenaga kesehatan atau gejala pengelompokan stroke menurut usia, pada usia >15- 24

https://repository.unimus.ac.id

tahun sebanyak 1,7%. Usia 25-34 tahun sebanyak 3,3% sedangkan, usia 35-44 tahun sebanyak 8,1% pada usia seseorang 45-54 tahun sebanyak 16,4%. Usia sekitar 55-64 tahun sebanyak 37,4%, untuk usia 65-74 tahun sebanyak 59,5% sedangkan pada usia >75 tahun sebanyak 70,3% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2018). Menurut Potter dan Perry (2010) berdasarkan klasifikasi usia bahwa pada usia 20-40 tahun memasuki usia dewasa awal, pada usia 41-60 tahun memasuki usia dewasa tengah dan ketika pada usia >60 tahun memasuki kategori usia lanjut.

b) Jenis kelamin

Pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke pada usia dewasa awal dibandingkan dengan wanita dengan perbandingan 2:1. Insiden stroke lebih tinggi terjadi pada laki- laki daripada perempuan dengan rata-rata 25%-30% walaupun para pria lebih rawan daripada wanita pada usia yang lebih muda, tetapi para wanita akan menyusul setelah usia mereka mencapai menopause. Hal ini, hormon merupakan yang berperan dapat melindungi wanita sampai mereka melewati masa-masa melahirkan anak (Saunoah, 2019).

https://repository.unimus.ac.id

Usia dewasa awal (18-40 tahun) perempuan memiliki peluang yang sama juga dengan laki-laki untuk terserang stroke. Hal ini membuktikan bahwa risiko laki-laki dan perempuan untuk terserang stroke pada usia dewasa awal adalah sama. Pria memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intra serebral lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita. Namun, wanita memiliki risiko perdarahan subaraknoid sekitar 50%. Sehingga baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang sama untuk terkena stroke pada usia dewasa awal 18-40 tahun (Jatiningrum, 2018).

5) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

a) Stres

Pengaruh stres yang dapat ditimbulkan oleh faktor stres pada proses arteriosklerosis melalui peningkatan pengeluaran hormon seperti hormon kortisol, epinefrin, adrenaline dan ketokolamin. Dikeluarkannya hormon kortisol, hormon adrenaline atau hormon kewaspadaan lainya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Sehingga bila terlalu sering dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan terjadinya plak. Jika sudah terbentuk plak akan menghambat atau berhentinya peredaran darah ke

https://repository.unimus.ac.id

bagian otak sehingga menyebabkan suplai darah atau oksigen tidak adekuat (Junaidi, 2011).

b) Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah di atas normal dimana tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak, sedangkan penyempitan pembuluh darah dapat mengurangi suplai darah otak dan menyebabkan kematian sel-sel otak. Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses arterosklerosis, melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pada pembuluh darah semakin cepat (Junaidi, 2011).

Menurut Jatiningrum (2018) mengemukakan hipertensi sering disebut sebagai penyebab utama terjadinya stroke. Hal ini disebabkan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke. Hipertensi menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah karena adanya tekanan darah yang melebihi batas normal dan

https://repository.unimus.ac.id

pelepasan kolagen. Endotel yang terkelupas menyebabkan membran basal bermuatan positif menarik trombosit yang bermuatan negatif sehingga terjadi agregasi trombosit. Selain itu, terdapat pelepasan trombokinase sehingga menyebabkan gumpalan darah yang stabil dan bila pembuluh darah tidak kuat lagi menahan tekanan darah yang tinggi akan berakibat fatal pecahnya pembuluh darah pada otak maka terjadilah stroke.

c) Diabetes Melitus

Diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar atau pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah dikarenakan pada kadar gula darah tinggi terjadinya pengentalan darah sehingga menghambat aliran darah ke otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatnya pembentukan trombosis dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri (Suyanto, 2018).

Diabetes melitus juga dapat menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung), diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis

https://repository.unimus.ac.id

yang lebih berat, lebih tersebar sehingga risiko penderita stroke meninggal lebih besar. Pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dan menderita stroke mungkin diakibatkan karena riwayat diabetes melitus diturunkan secara genetik dari keluarga dan diperparah dengan pola hidup yang kurang sehat seperti banyak mengonsumsi makanan yang manis dan makanan siap saji yang tidak diimbangi dengan berolahraga teratur atau cenderung malas bergerak (Jatiningrum, 2018).

d) Hiperkolestrolemia

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengonsumsi makanan berbasis hewani, kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut arterosklerosis. Bila di daerah pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut stroke (Jatiningrum, 2018).

https://repository.unimus.ac.id

Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolesterol semakin besar kolesterol tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Hiperkolesterol akan meningkatkan LDL (lemak jahat) yang akan mengakibatkan terbentuknya arteriosklerosis yang kemudian diikuti dengan penurunan elastisitas pembuluh darah yang akan menghambat aliran darah (Junaidi, 2011).

e) Merokok

Merokok adalah salah satu faktor risiko terbentuknya lesi arteriosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah ke ekstremitas dan meningkatkan frekuensi jantung atau tekanan darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatis. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah (Rezha dan Setiawan, 2019).

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan

https://repository.unimus.ac.id

lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya arteriosklerosis (Pinzon dan Asanti, 2010). Arterisklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah yang lambat karena terjadi viskositas (kekentalan). Sehingga dapat menimbulkan tekanan pembuluh darah atau pembekuan darah pada bagian dimana aliran melambat dan menyempit.

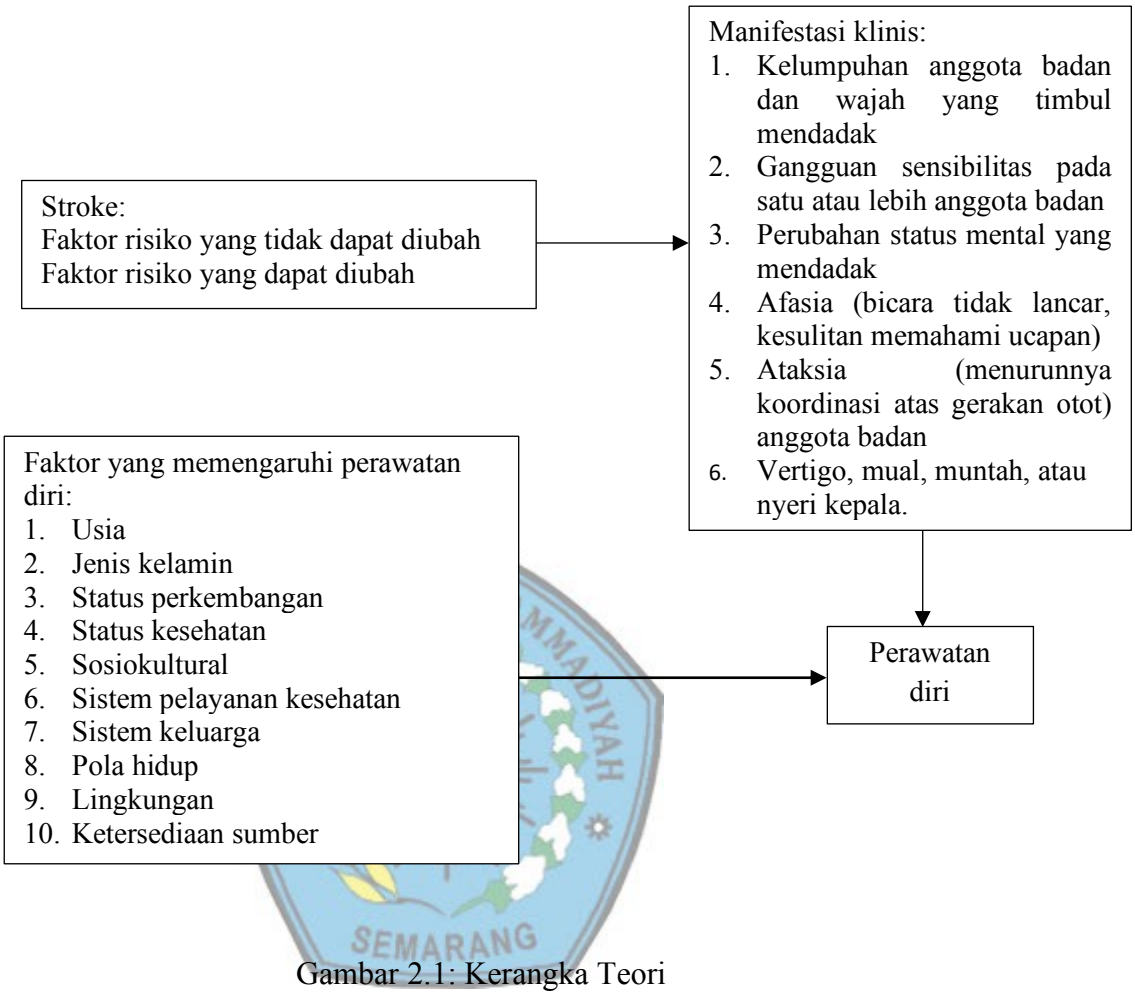
Merokok meningkatkan juga oksidasi lemak yang berperan pada perkembangan arteroskelorosis dan menurunkan jumlah HDL (kolesterol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Jatiningrum, 2018).

f) Konsumsi Alkohol

Alkohol merupakan faktor risiko untuk stroke iskemik dan kemungkinan juga terkena serangan stroke hemoragik. Minuman beralkohol 24 jam sebelum serangan stroke merupakan faktor risiko untuk terjadinya perdarahan subarakhnoid. Alkohol merupakan racun untuk otak berhenti berfungsi (Rezha dan Setiawan, 2019).

https://repository.unimus.ac.id

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1: Kerangka Teori

Sumber: (Alligood, 2017; Effendy, 2010)

C. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari satu variabel tunggal. Variabel yang digunakan adalah gambaran pemenuhan kebutuhan perawatan diri (makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, buang air kecil, buang air besar, penggunaan toilet, transfer, mobilitas, dan naik turun tangga) yang dilakukan pada pasien stroke di RSUP dr. Kariadi Semarang.

https://repository.unimus.ac.id