

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah penyakit neurologis terbanyak yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius dan berdampak pada kecacatan, kematian dan ekonomi keluarga, akibat dari adanya disfungsi motorik dan sensorik. Stroke merupakan sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan aliran darah otak non traumatic. Adanya bekuan atau lesi pada pembuluh darah otak akan menimbulkan obstruksi aliran darah sehingga sel-sel saraf otak mengalami *iskemia*. Sel-sel saraf yang mengalami *iskemia* dalam beberapa menit akan mengalami kerusakan yang *irreversibel* dan akhirnya akan mengalami disfungsi. Lokasi dan besarnya disfungsi sel saraf otak akan menentukan jenis *defisit neurologis* yang terjadi. *Defisit neurologis* dapat berupa disfungsi motorik dan atau *defisit sensorik*. Disfungsi motorik yang paling umum adalah *hemiplegi* yaitu terjadinya *paralysis* atau kelemahan fungsi motorik pada salah satu sisi. Kelemahan fungsi motorik ini dapat disebabkan karena pecahnya pembuluh darah otak dan timbul lesi pada bagian fungsi motorik otak sehingga terjadi defisit neurologis pada sisi yang berlawanan. (Wijaya & Putri, 2013)

Menurut WHO (*World Health Organization*), stroke merupakan urutan kedua penyakit mematikan setelah penyakit jantung di dunia, angka kejadian stroke mencapai 200 per 100.000 penduduk per tahun. Serangan stroke lebih banyak dipicu

karena hipertensi yang biasa disebut *silent killer*, diabetes mellitus, obesitas, dan gangguan aliran darah ke otak.(Hanum, Lubis, & Rasmaliah, 2017).Jumlahpenderita stroke di Indonesia tahun 2013 sampai sekarang berdasarkan data dari diagnosis tenaga kesehatan Indonesia diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang (7,0‰), sedangkan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan indonesia gejala stroke diperkirakan mencapai 2.137.941 jiwa (12,1‰). Berdasarkan diagnosis maupungejala, di Provinsi Jawa Barat memiliki estimasi jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 238.001 orang (7,4‰) dan 533.895 orang (16,6‰), sedangkan Provinsi Papua Barat memiliki jumlah penderita paling sedikit yaitu sebanyak 2.007 orang (3,6‰) dan 2.955 orang (5,3‰). (Kemenkes RI, 2013).

Jumlah penderita stroke di Provinsi Jawa Timur berdasarkan diagnosa sebanyak 190.499 (6,6%) penderita, sedangkan angka gejala stroke sebanyak 302.987 (10,5%) penderita. Jumlah penderita stroke semakin meningkat setiap tahunnya.(Kemenkes RI, 2013). Di ponorogo sendiri khususnya diruang Aster RSUD Harjono Ponorogo pada tahun 2018 penderita stroke sebanyak 806 penderita. (Rekam Medis RSUD Harjono Ponorogo 2018).

Pada dasarnya otak merupakan jaringan yang begitu sangat sensitif terhadap kekurangan suplai darah, oksigen dan glukosa. Jika kekurangan tersebut terjadi dalam waktu yang cukup lama dapat mengakibatkan sel otak menjadi mati (Infark). Hal ini dapat mengakibatkan timbulnya gejala klinik, seperti lumpuh pada sebagian badan, gangguan bicara, gangguan persepsi dan gejala neurologi lain yang dapat mengakibatkan penderita stroke mengalami masalah dalam mobilitas fisiknya.(Irfan, 2010). Ada beberapa faktor mengapa CVA bisa menyebabkan Hambatan Mobilitas

Fisik, salah satunya adalah pendarahan Subarachnoid yang berasal dari pecahnya Aneurisma atau AVM. Aneurisma yang pecah ini berasal dari pembuluh darah dan cabang-cabangnya yang terdapat di luar Parenkim otak. Pecahnya arteri dan keluarnya ke ruang subarachnoid menyebabkan TIK (tekanan intra kranial)meningkat, meregangnya struktur peka nyeri dan vasospasme pembuluh darah serebral yang berakibat disfungsi otak global maupun fokal yang salah satunya mengakibatkan hemiparesis kelemahan pada salah satu sisi tubuh.(wijaya & putri, 2013).

Pasien CVA dengan hambatan mobilitas fisik, yang mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh yang disebabkan oleh penurunan tonus otot, sehingga anggota tubuhnya tidak bisa digerakan. Imobilisasi jika tidak ditangani dengan tepat, akan menimbulkan komplikasi berupa abnormalitas tonus dan kontraktur. Hemiparesis diketahui merupakan salah satu penyebab dari kecacatan. Derajat kecacatan yang dialami oleh penderita stroke tergantung dari beratnya hemiparesis, 30-60 % dari pasien yang mengalami hemiparesis akan mengalami kehilangan penuh pada fungsi tubuh dalam kurun waktu 6 bulan pasca stroke. Hemiparesis yang disebabkan oleh stroke akut akan menyebabkan kekakuan, kelumpuhan, kekuatan otot melemah sehingga mengurangi gerak sendi dan fungsi ekstremitas, aktifitas hidup, *activity daily living* (ADL) akan terganggu.(Bakara & Warsito, 2016).

Pertolongan dan pengobatan pasien *stroke* ditujukan untuk meningkatkan aliran darah otak, mencegah kematian dan meminimalkan kecacatan yang ditimbulkan. Rehabilitasi dan latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu terapi lanjutan pada pasien *stroke* setelah *fase akut* telah lewat dan memasuki fase

penyembuhan. Mobilisasi ini dalam bentuk latihan *Range of Motion* sebagai bagian dari rehabilitasi mempunyai peranan yang besar untuk mengembalikan kemampuan penderita untuk kembali bergerak, memenuhi kebutuhan sehari-harinya, sampai kembali bekerja. Mobilisasi adalah merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu *esensial* untuk mempertahankan kemandirian seseorang. Latihan gerak dapat dilakukan secara bertahap dengan melihat kondisi pasien, pada umumnya latihan dilakukan 1 – 3 kali sehari. (Irfan, 2010).

Masalah hambatan mobilitas fisik tersebut dapat dicegah dengan tindakan keperawatan menurut NOC : *Pergerakan Sendi : Pasif* dan menurut NIC : *Terapi Latihan : Mobilitas (Pergerakan) Sendi* dengan tindakan keperawatan fokus terapi latihan ROM (*range of motion*) Pasif, yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan fleksibilitas otot. Penyediaan latihan rentang awal pergerakan dapat meningkatkan kekuatan otot karena dapat menstimulasi sendi. Latihan ROM (*range of motion*) Pasif dapat dilakukan 1 kali sehari dengan minimal 8 kali pengulangan dalam setiap gerakan. Latihan ROM (*range of motion*) Pasif bisa dilakukan di setiap sendi atau hanya bagian-bagian tertentu seperti leher, jari tangan, siku, bahu, lutut, kaki dan pergelangan kaki yang dicurigai memiliki kelemahan pada ekstremitas. (Rhestifujayani, Huriani, & Muharriza, 2015).

Berdasarkan uraian tersebut penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien CVA Dengan Hambatan Mobilitas Fisik” di Ruang Aster RSUD Harjono Ponorogo.

1.2 Batasan Masalah

Masalah dari studi kasus ini dibatasi masalah keperawatan pada Klien CVA (*cerebrovaskuler accident*) dengan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Aster RSUD Harjono Ponorogo.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah studi kasus ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Aster RSUD Harjono Ponorogo.

1.4 Tujuan Penulisan

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien CVA dengan hambatan mobilitas fisik.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik.
3. Menyusun perencanaan pada klien CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik.

1.5 Manfaat Penulisan

1. Bagi Pasien

Mendapatkan pelayanan kesehatan yang mengarah pada profesionalisme dan mendapatkan asuhan keperawatan yang efektif, efisien yang sesuai dengan standart asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dialami CVA dengan Hambatan Mobilitas Fisik.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan sesuai standart operasional, menambah pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan intervensi yang berfokus pada CVA dalam upaya meningkatkan kemampuan mobilitas fisik.

3. Bagi Rumah Sakit

- a. Sebagai masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada CVA, khususnya untuk menjadikan asuhan keperawatan yang profesional sesuai dengan standar operasional.
- b. Sebagai bahan pertimbangan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien CVA.

4. Bagi Institusi

- a. Memberikan gambaran untuk meningkatkan mutu pendidikan keperawatanserta sebagai dokumentasi dan menambah pengetahuan bagi pendidik khususnya di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo. Menambah

wawasan dan pengetahuan untuk para pembaca diperpustakaan dengan Asuhan Keperawatan pada Klien CVA dengan masalah hambatan mobilitas fisik.

5. Bagi Peneliti

Mengembangkan dan meningkatkan ilmu keperawatan tentang asuhan keperawatan pada klien CVA dengan hambatan mobilitas fisik.

