

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

CVA (*Cerebro Vasculer Accident*) atau stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Kematian sel otak akan mengakibatkan kelumpuhan saraf sehingga berdampak pada gangguan fisik seperti kehilangan fungsi motorik (Bachtiar dkk, 2015). Berdasarkan diagnosis NANDA 2015, kelemahan otot merupakan salah satu faktor berhubungan yang mendukung masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke (Heather, 2015). Kelemahan otot yang mengakibatkan terjadinya masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik akan menyebabkan gangguan gerak pada penderita. Gangguan gerak merupakan masalah yang sering muncul pada penderita stroke (Pradana, 2016).

Gejala stroke yang muncul sangat bergantung pada bagian otak yang terganggu, gejala kelemahan sampai kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo atau tidak dapat bicara (afasia), nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gangguan rasa (misalnya kebas di salah satu anggota gerak) sedangkan stroke yang menyerang cerebellum akan memberikan gejala pusing berputar (*vertigo*) (Pinzon dan Laksmi, 2010)

Menurut *World Health Organization* (WHO), 2010 terdapat 15 juta orang menderita stroke setiap tahun. Sekitar 5 juta dari mereka meninggal dan 5 juta orang lainnya akan menderita cacat permanen. Secara keseluruhan, insiden stroke per 1.000 orang yang berusia di atas 55 tahun berkisar antara 4,2-6,5. Terdapat perbedaan prevalensi stroke di beberapa negara di dunia dan hal itu mencerminkan pengaruh faktor genetik dan lingkungan (Libeskind, 2014). *American Heart Association* (AHA), 2010 mengatakan bahwa stroke menyumbang sekitar satu dari 18 kematian di Amerika Serikat pada tahun 2006. Menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), terdapat peningkatan yang drastis kejadian stroke di Indonesia dalam dasawarsa terakhir. Diperkirakan ada 500.000 penduduk yang terkena stroke per tahun (Depkes RI, 2012). Prevalensi stroke di Indonesia sebesar 12,1% (3.050.949 orang) serta di prediksi akan terjadi peningkatan tiap tahun. Jawa Timur mengalami peningkatan tahun 2013 sebesar 9,2% dan tahun 2018 sebesar 11,3 % (Riskedas, 2018). Penyakit tidak menular di Jawa Timur diperkirakan meningkat pada tahun 2020 sebesar 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke (Kemenkes RI 2013).

Penyakit stroke diakibatkan oleh berbagai macam faktor resiko, diantaranya ada faktor resiko yang tidak dapat diubah seperti, umur, jenis kelamin, ras, faktor keturunan dan kelainan pembuluh darah bawaan (Feigin, 2014). Faktor yang menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbulah perdarahan

otak dan apabila pembuluh darah menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel sel otak akan mengalami kematian (Ariani, 2012).

Stroke bisa terjadi karena ketika arteri tersumbat secara akut oleh thrombus dan embolus, maka area system saraf pusat (SSP) yang diperdarahi akan mengalami infark jika tidak ada perdarahan kolateral yang adekuat. Disekitar zona nekrotik sentral, terdapat *penumbra* iskemik yang tetap viable untuk suatu waktu, artinya fungsinya dapat pulih jika aliran darah baik kembali. Iskemia sistem saraf pusat dapat disertai oleh pembengkakan karena dua alasan yaitu edema sitotostik (akumulasi air pada sel-sel *glia* dan neuron yang rusak), kemudian edema vasogenik (akumulasi cairan ekstraseluler akibat perombakan sawar darah otak). Edema otak dapat menyebabkan perburukan klinis yang berat beberapa hari setelah stroke mayor, akibat peningkatan tekanan intracranial dan kompresi struktur-struktur di sekitarnya. (Ginsberg, 2008)

Secara klinis gejala yang sering muncul adanya serangan defisit neurologis / kelumpuhan fokal seperti : hemiplegia, yaitu lumpuh sebelah badan yang kanan atau yang kiri saja. Kondisi yang dapat terjadi pada pasien stroke beragam, seperti kelumpuhan anggota gerak, bibir tidak simetris, bicara pelo, nyeri kepala, penurunan kesadaran, gangguan rasa, kelumpuhan bahkan dengan kematian. Kehilangan fungsi tubuh akibat penyakit stroke mengakibatkan produktifitas pasien stroke terhalang dan berpengaruh pada status fungsional pasien stroke (Junaidi, 2011).

Status fungsional adalah suatu bentuk kemampuan fungsi individu untuk melaksanakan aktivitas dan perawatan diri sehari-hari secara mandiri, dan pemeliharaan diri. Gangguan status fungsional pada umumnya menyebabkan pasien stroke mengalami hambatan mobilitas fisik (Junaidi, 2011). Hambatan mobilitas sendiri di definisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah, faktor yang berhubungan terjadinya hambatan mobilitas fisik yaitu gangguan pada *neuromuskular* (Nanda, 2015)

Mobilisasi dini meliputi latihan *Range of Motion (ROM)* dan pemberian posisi sebagai bentuk latihan rehabilitasi dan efektif digunakan untuk mencegah kecacatan pada pasien stroke. Jika pada pasien stroke mengalami gangguan pada kekuatan ototnya yang melemah maka akan berdampak pada saat melakukan aktivitas sehari-hari. Biar otot tidak mengalami gangguan pada kekuatan ototnya maka perlu memberikan mobilisasi kepada pasien stroke dengan memberikan terapi ROM aktif dan pasif (Ariani, 2012).

Solusi dari penanganan stroke dapat dilakukan latihan mobilisasi atau rehabilitasi pada pasien stroke ini juga bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik dan teknik-teknik lain. Mobilisasi dan rehabilitasi dini di tempat tidur merupakan suatu program rehabilitasi stroke, khususnya selama beberapa hari sampai minggu setelah stroke. Tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya kekakuan (*kontraktur*) dan kemunduran pemecahan kekakuan (*dekondisioning*), mengoptimalkan pengobatan

sehubungan masalah medis dan menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarganya (Junaidi, 2008).

Berdasarkan hal-hal yang telah dipaparkan di atas, peneliti tertarik untuk meneliti permasalahan tersebut dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik”.

1.2 Rumusan Masalah

“ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik ? ”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD Aisyah Ponorogo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan pengkajian keperawatan pada pasien CVA
2. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien CVA dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik
3. Mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada pasien CVA dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik
4. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien CVA dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik
5. Mendeskripsikan hasil tindakan keperawatan pada pasien CVA dengan masalah hambatan mobilitas fisik.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Bagi Pendidikan / Institusi

Sebagai sumbangan pengetahuan dan informasi mengenai Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD Aisyah Ponorogo.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan ilmu keperawatan khususnya tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD Aisyah Ponorogo.

2. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD Aisyah Ponorogo.

3. Bagi Pasien dan Keluarga Pasien

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam merawat pasien CVA dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD Aisyah Ponorogo.