

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Stroke menjadi masalah serius yang dihadapi hampir diseluruh dunia, dimana stroke menjadi penyebab kematian terbanyak nomer kedua setelah penyakit jantung. Hal tersebut dikarenakan serangan stroke yang mendadak serta dapat menyebabkan kematian, kecacatan fisik dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut (Junaidi, 2011). Gejala stroke bervariasi tergantung pada lokasi perdarahan dan jumlah jaringan otak yang terkena. Gejala biasanya muncul tiba-tiba, tanpa ada peringatan dan seringkali terjadi pada saat aktivitas. Gejala yang sering muncul dan menghilang atau perlahan-lahan menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu biasanya seperti perubahan tingkat kesadaran, kesulitan bicara, kesulitan menelan, sakit kepala yang terjadi secara tiba-tiba, kehilangan koordinasi, mual muntah, kejang, kehilangan keseimbangan, kesulitan menggerakkan salah satu anggota tubuh dan juga kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Racmawati,2017). Gejala tersebutlah yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik dapat diartikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman H.,dan Kamitsuru S, 2014)

Menurut WHO tahun 2017 di dunia tiap 2 detik 1 orang menderita stroke, 16% populasi dunia mengalami stroke semasa hidupnya, tiap 4 detik meninggal karena stroke, 90% kasus stroke dapat dicegah dengan

penatalaksanaan faktor resiko dengan baik, kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu sekitar 16% kematian karena stroke disebabkan tingginya kadar gula dalam darah. Angka kejadian stroke didunia kira-kira 200 per 100.000 penduduk dalam setahun, dimana 52% mengalami kecacatan permanen, 23% mengalami kecacatan ringan dan 25% dapat menghindari kecacatan setelah melakukan rehabilitasi (Fadilah, 2008). Sedangkan menurut Riskesdas 2018, prevalensi stroke di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 7% sedangkan pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 10,9%. Pasien yang terdiagnosis stroke sebagian besar mengalami hemiplegi, hemiparese, bahkan mengalami penurunan kesadaran. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur diagnosis stroke infark sebanyak 6.575 pasien dan dirawat inap di RSU pemerintahan kelas B, sedangkan 3.573 pasien dirawat di RSU pemerintah kelas C, dan 548 pasien berada di RSU pemerintah kelas D (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2018). Angka kejadian stroke di RSUD Dr Harjono Ponorogo pada tahun 2018 sejumlah 955 pasien, sedangkan pada bulan Januari sampai dengan bulan September tahun 2019 angka kejadian stroke sebanyak 799 pasien (Rekam Medis RSUD Dr.Harjono Ponorogo, 2019).

Beberapa faktor resiko yang menyebabkan tingginya angka stroke adalah faktor yang tidak dapat dirubah seperti jenis kelamin dimana pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita serta usia makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke. Selain itu faktor yang dapat dirubah atau penyakit penyerta yang dapat menimbulkan stroke seperti hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, diabetes mellitus,

dan stress emosional. Penyakit stroke dianggap hanya akan menyerang orang tua saja, namun itu dulu sekarang mulai usia 40 tahun sudah memiliki resiko stroke meningkatnya angka stroke disebabkan oleh gaya hidup seperti merokok, minum alkohol, mengkonsumsi obat-obatan terlarang, mengkonsumsi makanan yang berkolesterol secara berlebihan. Sedangkan stroke yang terjadi pada usia produktif bisa disebabkan karena kesibukan kerja yang membuat seseorang jarang berolahraga, kurang tidur, dan stress berat dapat memicu terjadinya stroke.

Kadar glukosa dalam darah yang tinggi secara patologis dapat berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar gula yang terlalu tinggi saat stroke akan memperbesar kemungkinan meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobik yang dapat merusak jaringan otak (Rico dkk, 2018). Jika jaringan otak rusak dapat menimbulkan penurunan dalam kemampuan fungsional seseorang sehingga menghambat mobilisasi. Dengan adanya hambatan mobilisasi akan memberikan dampak pada ADL (*Activity Daily Living*) dimana seseorang akan tergantung pada orang lain baik sebagian dibantu maupun ketergantungan seluruhnya. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas tanpa adanya gangguan (Mubarok,2008). Mobilisasi diperlukan bagi setiap orang dimana dapat meningkatkan kemandirian, meningkatkan kesehatan dan memperlambat proses penyakit.

Untuk mengatasi masalah pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah dengan memberikan asuhan

keperawatan secara komprehensif. Pentalaksanaan untuk pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik bisa dilihat pada *NOC : Joint Movement : Active, Mobility level, Self care : ADLs, Transfer performance*. Sedangkan intervensi dapat dilihat pada *NIC : monitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, berikan alat bantu jika diperlukan, ajarkan pasien merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan*. Penulis juga akan melakukan intervensi keperawatan yang meliputi tindakan latihan ROM. Dimana ROM adalah salah satu upaya rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan dan kehilangan kemampuan bergerak pada pasien stroke (Mubarok,2008). Penelitian Stoykov dan Corcos (2009) menunjukkan bahwa ROM pada stroke memberikan hasil yang efektif meningkatkan kemampuan fungsional klien dibandingkan dengan *motor assessment scale*. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa, baik ROM aktif maupun pasif dapat meningkatkan kekuatan otot pasien dengan hemiparese. ROM sendiri dibedakan menjadi dua yaitu ROM aktif dan ROM pasif, dimana ROM aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi kaki lurus, sedangkan ROM pasif adalah gerakan otot klien yang dilakukan dengan bantuan orang lain (Carpenito,2009).

Berdasarkan penjelasan pada latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, dapat dirumuskan pertanyaan sebagai berikut: “Bagaimana intervensi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik?”

## 1.3 Tujuan

Menganalisis intervensi keperawatan pada pasien penderita stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

## 1.4 Manfaat

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharap studi literatur ini dapat digunakan untuk menambah ilmu pengetahuan dan membantu mengaplikasikan ilmu keperawatan berkaitan intervensi keperawatan medikal bedah pada penderita stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.

### 1.4.2 Manfaat Praktis

#### 1. Bagi Perawat

Hasil penulisan studi literatur ini dapat digunakan sebagai masukan dalam memberikan intervensi keperawatan pada klien dengan Stroke Non Hemoragik dan mampu mengembangkan serta meningkatkan kompetensi keperawatan.

#### 2. Bagi Civitas Akademik

Hasil studi literatur ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk bahan ajar perkuliahan serta dapat dijadikan pedoman dalam memahami masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik.

### 3. Bagi Penelitian

Hasil studi literatur ini bisa dijadikan sebagai bahan pertimbangan ataupun gambaran tentang bagaimana hubungan antara Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Stroke Non Hemoragik dan sebagai penambah wawasan dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien penderita Stroke Non Hemoragik.

