

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih menjadi perhatian dunia. Penyakit stroke menjadi penyebab kematian nomor dua dan penyebab kecacatan nomor tiga di dunia (*World Health Organization*, 2020). Menurut *World Health Organization* (WHO) stroke adalah suatu gangguan fungsi neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah dan terjadi secara mendadak (dalam beberapa detik) atau sedikit-tidaknya secara cepat (dalam beberapa jam) dengan gejala-gejala dan tanda-tanda yang sesuai dengan daerah otak terganggu. Selain itu stroke juga merupakan etiologi kecacatan jangka panjang nomor satu di dunia, stroke dapat menimbulkan kecacatan bagi penderita yang mampu bertahan hidup, salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik akibat kelemahan pada ekstremitas dan penurunan kekuatan otot yang dapat menghambat pemenuhan aktivitas kehidupan sehari-hari (Rahman et al., 2017)

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018 Stroke menempati peringkat ketiga penyebab kematian, pada tahun 2013 terdapat 5,5 juta orang meninggal dan meningkat sebanyak 12% pada tahun 2018 yaitu sekitar 14 juta orang. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 prevelensi penyakit Stroke di Indonesia meningkat seiring bertambahnya umur. Indonesia mengalami peningkatan kasus stroke dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9 % pada tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Berdasarkan riset

kesehatan 2019, jumlah warga Jawa Timur yang mengidap mencapai 14.591 orang. Jumlahnya turun dibandingkan dengan tahun 2018 yang mencapai 46.248 orang (JPNN daerah Jawa Timur. 2019). Prevalensi stroke di Jawa Timur pada tahun 2021 yaitu 12,4% atau sekitar 113.045 kasus dan menduduki peringkat ke-8 dari 34 provinsi di Indonesia (Kemenkes RI, 2019). Berdasarkan hasil rekam medis pasien stroke di RSAU dr Efram Harsana pada tahun 2023-2024 sebanyak 107 pasien. (RSAU dr Efram Harsana)

Stroke Non Hemoragic terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. Sumbatan terjadi dikarenakan adanya plak kolesterol pada dinding pembuluh darah otak yang menghambat suplai darah ke otak (Pudiastuti & Dewi, 2013). Kematian beberapa jaringan otak yang mengalami oklusi karena tidak tercukupinya suplai oksigen dan nutrisi terjadi karena ada sumbatan pada pembuluh darah di otak (Wilkinson et al., 2011). Masalah keperawatan yang biasa terjadi pada pasien *Post Stroke Non Hemoragic* adalah gangguan mobilitas fisik. Intervensi yang dapat dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yaitu dukungan mobilisasi dan intervensi pendukung adalah mobilisasi dini, dengan kriteria hasil Rentang Gerak (ROM) meningkat.

Carpenito (2016), menjelaskan mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Tujuan mobilisasi menurut Muhiit, Mubarak dan Nasir (2017), antara lain terpenuhinya kebutuhan dasar dalam aktivitas

sehari-hari, mempertahankan diri seperti melindungi diri dari trauma dan mengekspresikan emosi dengan gerakan verbal maupun non verbal.

Pada tatalaksana pasien stroke iskemik akut, sebaiknya dilakukan mobilisasi dini pada tubuh pasien yang terkena dengan tingkat keparahan yang tidak berat untuk mencegah terjadinya komplikasi. Waktu awal yang tepat untuk diberikannya mobilisasi dini yaitu 24 – 48 jam setelah serangan stroke dan tidak adanya perburukan dari status neurologis. Mobilisasi dini dalam 24 jam pada pasien stroke iskemik akut, aman dan layak diterapkan. Sebanyak 89% aktivitas mobilisasi (duduk di tepi tempat tidur dari posisi tidur terlentang, berdiri di tepi tempat tidur, berpindah dari tempat tidur ke tempat duduk, serta melakukan ambulasi) dapat ditoleransi tanpa adanya efek samping (Nugraha, 2020).

Selain itu, dibutuhkan suatu pembelajaran mobilisasi dini yang dapat diberikan pada pasien post-stroke yang berperan dalam meningkatkan *neurogenesis*, *angiogenesis*, dan *oligodendrogenesis* yang membantu dalam perbaikan saraf. Pendekatan pembelajaran mobilisasi dini adalah suatu usaha yang diterapkan dalam neurorestorasi untuk dapat memberikan efek pada plastisitas sel saraf. *Neuroplasticitas* merupakan kemampuan otak dalam merespons cedera dengan beradaptasi untuk mengembalikan fungsi. Pembelajaran mobilisasi dini menjadi serangkaian proses internal yang terkait dengan praktik atau pengalaman yang mengarah pada perubahan yang permanen dalam kemampuan untuk gerakan yang terampil (Rahayu, Wibowo and Setyopranoto, 2017).

Penelitian Sholihah (2017), menyebutkan kekuatan otot pasien stroke meningkat setelah diberikan mobilisasi sehingga membuktikan adanya pengaruh mobilisasi dini terhadap peningkatan kekuatan otot. Mobilisasi dini bertujuan agar kecacatan akibat serangan stroke dapat seminimal mungkin dan fungsional yang masih tersisa pada penderita dilatih untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan yang terbaik adalah dapat bekerja kembali, dengan pola gerak yang mendekati normal. Tindakan keperawatan pada pasien stroke dimaksudkan untuk mengurangi dan mencegah beratnya gejala sisa pasca stroke. Salah satu yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan mobilisasi dini fase akut stroke. Tindakan ini meliputi elevasi kepala 30 derajat, miring kiri dan kanan.

Menurut Rosdahl & Kawalski mobilisasi dalam waktu 24-72 jam dapat menyebabkan terjadinya luka tekan. Pasien gangguan neurologis seperti stroke salah satunya mengalami gangguan yaitu immobilisasi (Rosdahl, 2014). Salah satu bentuk intervensi keperawatan untuk mencegah terjadinya luka tekan adalah dengan mobilisasi. Reposisi adalah mobilisasi yang dilakukan untuk mencegah luka tekan, yaitu dengan merubah posisi pasien pada posisi kanan dan posisi kiri (Gethin, 2008).

Mobilisasi dini hanya dapat dilakukan pada pasien *stroke non hemoragik* dan tidak dapat dilakukan pada pasien hemoragik. Hal ini karena pada *stroke hemoragik* akan mengalami nyeri pada daerah punggung dan dislokasi sendi sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan mobilisasi dini. Penanganan umum *stroke hemoragik* berfokus untuk mengendalikan perdarahan dan mencegah terjadinya komplikasi sedangkan untuk mobilisasi dan rehabilitasi

dini boleh mulai dilakukan bila kondisi hemodinamik stabil atau fase rehabilitasi (Wijaya dan Putri, 2013).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Penerapan Mobilisasi Dini Untuk Meningkatkan Kemampuan Aktivitas Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Rsau Dr Efram Harsana,”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas dirumuskan masalah yaitu “Bagaimana Penerapan Mobilisasi Dini untuk meningkatkan kemampuan aktivitas Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Penerapan Mobilisasi Dini untuk Meningkatkan Kemampuan Aktivitas Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSAU dr Efram Harsana.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada penderita *stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada penderita *stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di RSAU dr Efram Harsana.
3. Menyusun rencana asuhan Keperawatan pada penderita *stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di RSAU dr Efram Harsana.
4. Melakukan implementasi pada penderita *stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan menerapkan mobilisasi dini untuk meningkatkan kemampuan aktivitas di RSAU dr Efram Harsana.
5. Melakukan evaluasi pada penderita *stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di RSAU dr Efram Harsana.
6. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pada penderita *stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik di RSAU dr Efram Harsana.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus dapat menambah khasanah keilmuan utamanya pada bidang keperawatan medical bedah dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke non hemoragik*.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien

Dapat meningkatkan pemahaman tentang cara mudah dan efektif dalam mengatasi penurunan kekuatan otot yang dialami oleh pasien stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan kontribusi tentang manfaat mobilisasi dini terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien Stroke.

3. Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan masukan untuk peningkatan kualitas pelayanan asuhan keperawatan khususnya pengelolaan gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke.

4. Bagi Penulis

Karya tulis ilmiah ini dapat memberi manfaat sebagai referensi dan informasi dalam penulisan selanjutnya tentang pengelolaan pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.