

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian kedua dan penyebab disabilitas ketiga di seluruh dunia (Hosseini, 2019). Gangguan suplai darah ke otak pada pasien stroke menimbulkan gejala defisit neurologis yang merupakan penyebab disabilitas paling sering pada orang dewasa dan ditandai dengan adanya gangguan fungsi motorik yakni kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis, hemiplegia), defisit fungsi sensoris (hemiparestese), gangguan bicara, sukar menelan, penurunan kesadaran, muntah, bahkan kejang (Kemenkes, 2019). Kelemahan dan kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh mencetuskan gangguan mobilitas fisik dikarenakan berkurangnya kontraksi otot (Srinayanti, 2021). Gangguan mobilitas fisik ialah keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik satu atau lebih anggota gerak secara mandiri dan terarah (Shahid, 2023). Salah satu intervensi dalam menangani masalah gangguan mobilitas fisik pada praktek klinik keperawatan terhadap pasien stroke adalah dengan Teknik Latihan penguatan sendi (Parmilah, 2022).

Menurut data yang dilaporkan *World Stroke Organization* (2019), setiap tahun terdapat lebih dari 13,7 juta penderita stroke baru, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke menyebabkan kematian dan 87% disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. 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 RSUD pemerintahan kelas B, sedangkan 3.573 pasien dirawat di RSUD pemerintah kelas C, dan 548 pasien berada di RSUD pemerintah kelas D (Profil Kesehatan Jawa Timur, 2018). Berdasarkan kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%) dan paling sedikit kelompok umur 15-24 tahun. Laki-laki dan perempuan memiliki proporsi kejadian stroke yang hampir sama. Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu (63,9%) dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar (36,1%) (Infodatin RI, 2018). Di RSUD Sayidiman Magetan sepanjang tahun 2023 terdapat pasien yang dirawat di ruang inap Baladewa sebanyak 1128 pasien (Rekam Medis RSUD dr Sayidiman Magetan, 2024).

Beberapa faktor resiko yang mengakibatkan peningkatan angka kejadian stroke adalah faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko yang tidak dapat diubah. Hal tersebut disebabkan karena kurang pengetahuan masyarakat mengenai faktor penyebab stroke serta pola hidup yang tidak sehat seperti konsumsi makanan yang tidak sehat, merokok, kurangnya aktivitas olahraga, serta tidak melaksanakan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Faktor risiko yang tidak dapat diubah seperti jenis kelamin dimana pria lebih sering ditemukan. Berdasarkan hasil tinjauan literatur yang dilakukan Aggraini Yofa Utama, et al (2022) didapatkan bahwa banyak faktor resiko

yang menyebabkan terjadinya stroke, pria menderita stroke lebih sering dibandingkan dengan wanita serta faktor usia yang semakin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena penyakit stroke. Sedangkan faktor yang dapat diubah seperti hipertensi, penyakit jantung, kolesterol tinggi, obesitas, dan stress emosional (Utama & Nainggolan, 2022). Jika jaringan otak rusak dapat menimbulkan penurunan dalam kemampuan fungsional seseorang sehingga menghambat mobilisasi. Selain keluhan tersebut pasien stroke juga mengalami gangguan mobilitas fisik 70-80% pasien mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada satu sisi bagian tubuh). Oklusi pada sistem motorik dapat membatasi atau menyulitkan pasien untuk bergerak. Bagian anggota gerak yang terkena adalah anggota gerak atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan keterampilan motorik tangan. Rehabilitasi pasien stroke harus dilakukan secara optimal, secepat mungkin, sehingga kekuatan otot dapat dioptimalkan.

Kekuatan otot dapat digambarkan sebagai kemampuan otot untuk menahan beban baik berupa beban dari luar maupun beban dari dalam, karena kekuatan otot sangat berhubungan dengan system neuromuskuler yaitu seberapa besar kemampuan sistem saraf mengaktifasi otot untuk melakukan kontraksi. Otot- otot yang tidak terlatih karena suatu hal, misalnya stroke menjadikan otot lemah karena serat-serat nya mengecil (atrofi), bila dibiarkan kondisi tersebut dapat mengakibatkan kelumpuhan pada otot (Agusrianto & Rantesigi, 2020). Untuk menangani masalah pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

Penanganan stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) yang menurun, diberikan melalui kolaborasi terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis yakni melalui pemberian obat *Intravenous recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA)*, terapi antikoagulan dan terapi antiplatelet (Mutiarasari, 2019). Sedangkan terapi non farmakologis salah satunya dengan terapi latihan fisik (PPNI, 2018).

Latihan fisik sebagai tindakan intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien stroke adalah melalui latihan penguatan sendi. Teknik Latihan penguatan sendi ialah teknik latihan dalam menggunakan gerakan tubuh aktif maupun pasif dalam mempertahankan dan memulihkan fleksibilitas sendi (PPNI, 2018). Latihan penguatan sendi dilakukan dengan melakukan latihan rentang gerak pada pasien yang meliputi memberikan minyak atau penghangat lain pada sendi yang akan dilatih untuk merelaksakan otot dan sendi sebelum digerakkan dan selanjutnya melatih gerakan sendi dari leher, bahu, siku, pergelangan tangan dan jari-jari untuk ekstremitas atas dan sendi panggul, lutut pergelangan kaki dan jari-jari pada ekstremitas bawah (PPNI, 2021). Latihan rentang gerak ini berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian untuk meningkatkan sirkulasi dan kekuatan otot dan sendi sehingga dapat mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi. Meningkatnya sirkulasi dan kelenturan sendi menyebabkan pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan sendi meningkat dan rentang gerak meningkat. Sehingga terbukti bahwa latihan gerak sendi dapat mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dengan meningkatnya mobilitas fisik.

Hemiparese pada pasien stroke terjadi karena gangguan aliran darah ke bagian otak yang mengatur kemampuan motorik. Hal ini akan menurunkan fungsi penghantaran saraf yang dibutuhkan untuk pergerakan otot. Dengan latihan rentang gerak pasif maka otot dan sendi yang mengalami kelemahan akan terstimulasi untuk bergerak sehingga kekuatan sendi dan otot meningkat dan mobilitas fisik juga meningkat. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian Rahmadani dan Rustandi (2019) yang menyatakan bahwa pemberian teknik latihan penguatan sendi dapat memberikan hasil yang positif bagi pasien stroke. Selain itu, pada penelitian lain menyebutkan bahwa latihan ROM pasif mempengaruhi rentang gerak sendi pada ekstremitas atas dan bawah pada penderita stroke (Bakara & Warsito, 2016). Hal ini karena reaksi antara kontraksi dan relaksasi selama gerakan ROM pasif yang dilakukan pada penderita stroke akan menyebabkan penguluran serabut otot dan meningkatkan aliran darah pada area sendi yang mengalami kelemahan sehingga terjadi peningkatan kekuatan otot dan sendi. Pembuktian pada studi yang dilakukan oleh Kusuma dan Sara (2020) mengemukakan bahwa dengan melakukan pemberian latihan *range of motion* selama dua minggu dengan delapan kali repetisi dan dilakukan rutin sehari dua kali dapat mempengaruhi luas derajat rentang gerak sendi ekstremitas atas. Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik mengambil judul “Penerapan ROM Aktif dan Pasif pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimana Penerapan Latihan ROM Aktif dan Pasif pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan dengan penerapan latihan ROM aktif dan pasif pada pasien stroke yang mengalami masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian masalah kesehatan pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan.
2. Merumuskan diagnosis, menganalisis dan mensintesis masalah keperawatan pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan.
3. Merencanakan tindakan keperawatan dan menerapkan ROM Aktif dan Pasif pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan.
4. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan dan menerapkan ROM Aktif dan Pasif pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan.

5. Melakukan analisis dan melakukan ROM Aktif dan Pasif pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan
6. Membuat dokumentasi keperawatan dan menerapkan ROM Aktif dan Pasien pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSUD dr Sayidiman Magetan

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat digunakan untuk menambah referensi materi peningkatan mutu pendidikan keperawatan khususnya dalam mata ajar asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik. Studi ini juga diharapkan dapat menjadi acuan dalam meminimalisir angka kejadian gangguan mobilitas fisik yang dialami oleh pasien stroke.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penderita stroke

Penulis berharap dengan dilakukannya asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pasien mampu menerapkan latihan ROM baik secara aktif maupun pasif dengan dibantu keluarga atau nakes.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan studi kasus ini digunakan bagi peneliti selanjutnya sebagai refensi penelitian dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik untuk perkembangan ilmu selanjutnya.

3. Bagi perawat rumah sakit

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan untuk memberikan terapi ROM Aktif dan Pasif pada asuhan keperawatan pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

1.5 Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lainnya. Wawancara untuk menggali keterangan atau informasi secara lisan atau bercakap-cakap berhadapan dengan pasien tersebut.

2. Observasi

Data yang diambil atau diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien. Observasi untuk melakukan pengamatan dan turut serta dalam melakukan tindakan pelayanan keperawatan.

3. Pemeriksaan

Data yang diambil atau diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.