

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan otak tidak terpenuhi dengan baik. Stroke dapat juga diartikan sebagai kondisi otak yang mengalami kerusakan karena aliran atau suplai darah ke otak terhambat oleh adanya sumbatan atau perdarahan (Arum, 2015 dalam Hartati, 2020). Umumnya stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (iskemik) (Tasya H, 2023). Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan oleh ruptur pembuluh darah di otak yang menyebabkan perdarahan intraserebral ataupun ruang subaraknoid (Unnithan et al., 2022). Perdarahan intraserebral atau *intracerebral hemorrhage* (ICH) adalah ekstravasi darah yang berlangsung spontan dan mendadak ke dalam parenkim otak yang bukan disebabkan oleh trauma (Non Traumatic) (Munir, 2017). Perdarahan intraserebral atau *intracerebral hemorrhage* (ICH) biasanya disebabkan oleh hipertensi kronis, angiopati amiloid, antikoagulan (obat-obatan) dan malformasi vaskuler. Sedangkan perdarahan pada subaraknoid disebabkan oleh pecahnya aneurisma intrakranial dan penyakit vaskular seperti vaskulitis (Rajashekar & Liang, 2022 dalam Maljuliani et al., 2023).

Stroke menjadi penyebab kematian ketiga setelah penyakit jantung koroner dan kanker dimana baik di negara berkembang ataupun negara maju, satu dari 10 kematian

terjadi karena stroke (Benjamin et al., 2017). Berdasarkan data *World Stroke Organization* sekitar 13,7 juta kasus stroke baru terjadi dan sebanyak 5,5 juta kematian setiap tahunnya terjadi akibat stroke (Lindsay et al., 2019). Di negara-negara ASEAN penyakit stroke juga merupakan masalah utama yang menyebabkan kematian. Dari data *South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC)* diketahui bahwa angka kematian stroke terbesar terjadi di Indonesia kemudian di ikuti secara beruntun Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia dan Thailand (Cintya.A.Dinata, 2019).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas (2018), menunjukkan angka kejadian stroke di Indonesia meningkat menjadi 10,9% atau sekitar 2.120.362 orang dibandingkan tahun 2013 yaitu mencapai 7%. Angka kejadian stroke di Indonesia tahun 2018 lebih tinggi terjadi pada kelompok usia 55-64 tahun (32.4%) (Kemenkes RI, 2018). Angka kejadian stroke di Provinsi Jawa Barat sebesar 11,4%, atau diperkirakan sebanyak 131.846 orang. Menurut laporan tahunan Dinas Kesehatan Kota Bandung tahun 2019, prevalensi stroke di Kota Bandung terdapat 1,77% atau sebanyak 4.222 orang terdiagnosis stroke. Berdasarkan Profil Kesehatan Kota Bandung 2022, Stroke menjadi penyebab kematian terbesar yang berada di urutan ke tiga dengan jumlah kematian 95 Kasus dengan presentase 7,94% (Dinkes Kota Bandung, 2022).

Menurut Smeltzer & Bare (2013) dalam Agustin et al., (2022), stroke dapat mengakibatkan berbagai defisit neurologis. Akibat terganggunya aliran darah ke otak menyebabkan daerah otak tertentu tidak berfungsi hingga memunculkan tanda dan

gejala, tanda dan gejala bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral (sekunder serta aksesori). Gejala yang dapat muncul antara lain pada umumnya terjadi mendadak, terdapat nyeri kepala, parasthesia, paresis, plegia sebagian badan. Pada tahapan awal stroke, gambaran klinis yang muncul biasanya yaitu paralysis dan hilang atau menurunnya refleks tendon, dysphagia, kehilangan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih.

Dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan pada pasien stroke, masalah keperawatan yang dapat muncul pada pasien stroke hemoragik adalah pola napas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, risiko aspirasi, risiko gangguan integritas kulit / jaringan, gangguan menelan, defisit nutrisi, defisit perawatan diri. Tetapi masalah keperawatan yang sering timbul yaitu gangguan mobilitas fisik (Mendrofa, 2021). Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik termasuk jenis kategori diagnosa keperawatan negatif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosa ini akan mengarah ke pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan (PPNI, 2017).

Dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi utama untuk diagnosis pada masalah gangguan mobilitas fisik adalah dengan melakukan dukungan ambulasi dan dukungan mobilisasi. Dukungan ambulasi adalah intervensi yang

dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah. Sementara itu, dukungan mobilisasi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat dalam memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (PPNI, 2018).

Menurut Rahmawati (2023), stroke dapat menyebabkan berkurangnya kekuatan disemua kelompok otot dari semua bagian tubuh. Tetapi otot-otot muka, tangan, lengan, kaki dan tungkai pada satu sisi tubuh lebih sering terkena (hemiparesis). Kelumpuhan atau kelemahan sisi tubuh bagian kanan biasanya disebabkan karena kegagalan fungsi otak kiri, baik karena stroke sumbatan atau stroke perdarahan. Sebaliknya, jika terjadi kegagalan fungsi otak kanan, maka bagian sisi tubuh kiri akan menderita kelumpuhan. Serangan stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen yang mengakibatkan seseorang kurang produktif. Oleh karena itu untuk meminimalkan cacat fisik serta dapat menjalani aktivitasnya secara normal diperlukan suatu rehabilitasi. Rehabilitasi yang dimulai sedini mungkin setelah serangan stroke dengan tujuan agar pemulihan fisik yang terjadi lebih cepat dan optimal serta menghindari kelemahan otot yang dapat terjadi apabila tidak dilakukan rehabilitasi (Liyawati, 2015 dalam Ramadhani, 2018).

Penderita stroke membutuhkan program rehabilitasi dengan terapi mobilisasi dini yaitu mobilisasi yang dilakukan mulai 24-48 jam pasca stroke, baik untuk pasien dalam kondisi koma ataupun sadar dan walaupun hanya ditempat tidur dengan cara mengangkat kepala, mengangkat lengan dan kaki. Jika pasien sadar dapat dibantu berdiri untuk memperbaiki fungsi neurologis dan mencegah terjadinya kekakuan

otot-otot tubuh (Tresnandari, 2015 dalam Ramadhani, 2018). Hal tersebut juga selaras dengan yang dikemukakan oleh Cahyati (2011) dalam Agustin et al., (2022), bahwa mobilitas fisik dilakukan sebagai upaya mencegah kontraktur. Setiap hari, kontraktur dapat terjadi jika immobilisasi selama 8 jam ataupun lebih. Dengan cara melatih gerakan pada jari-jari tangan dan kaki, pergelangan tangan dan kaki, siku, lengan, lutut guna meningkatkan kemampuan gerakan aktif, mengembalikan kelenturan sendi dan mencegah terjadinya deformitas.

Bila tidak segera diberikan mobilisasi fisik pada pasien stroke dapat menimbulkan dampak seperti terjadinya atrofi, kekakuan sendi, nyeri saat pergerakan dan secara keseluruhan akan berakibat ketidakmampuan untuk bergerak atau beraktivitas (Sudiana, 2010 dalam Ramadhani, 2018). Untuk meminimalkan dampak fisik dari Stroke Hemoragik, perawat di harapkan mampu memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia, seperti meningkatkan toleransi klien dalam melakukan aktifitas fisik seperti berjalan, meningkatkan kemampuan seperti duduk, berdiri, berbaring dan latihan rentang gerak dengan *range of motion*.

Salah satu bentuk latihan yang dinilai cukup efektif dalam mencegah terjadinya kecacatan dan membantu pemulihan fungsi motorik pada pasien stroke adalah latihan *range of motion (ROM)*. ROM merupakan latihan yang sering dilakukan pada pasien stroke dalam proses rehabilitasi yang dilakukan baik aktif maupun pasif dan memungkinkan dilakukan di Rumah Sakit (Hendri Heriyanto, 2016 dalam Maesarah & Supriyanti, 2023). Latihan *range of motion (ROM)* adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan

menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus. (Bakara and Warsito, 2016 dalam (Maesarah & Supriyanti, 2023). Latihan *range of motion* (ROM) terbagi menjadi dua yaitu ROM aktif dan ROM Pasif.

Latihan range of motion pasif adalah latihan yang membutuhkan bantuan perawat untuk menggerakkan setiap persendian pasien sehingga mencapai rentang gerak penuh dan meregangkan semua otot dari masing-masing sendi secara maksimal (Ellis & Bentz, 2005 dalam Murtaqib, 2013). Latihan ROM pasif biasanya dilakukan pada pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Latihan ini bertujuan mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah dan mencegah kelainan bentuk (Bakara and Warsito, 2016 dalam (Maesarah & Supriyanti, 2023).

Latihan ROM pasif pada pasien stroke dapat menjadi alternatif untuk mempengaruhi dan meningkatkan rentang sendi pada ekstremitas atas dan bawah. Hasil analisis menunjukkan ROM pasif dapat meningkatkan rentang sendi, dimana reaksi kontraksi dan relaksasi selama gerakan ROM pasif yang dilakukan pada pasien stroke terjadi peningkatan aliran darah dan penguluran serabut otot pada daerah sendi yang mengalami paralisis, oleh karena itu terjadi peningkatan penambahan rentang sendi abduksi-adduksi pada ekstremitas atas dan bawah hanya pada sendi-sendi besar. Dilakukannya ROM pasif dapat menjadi pilihan alternatif dalam meningkatkan rentang sendi pada pasien stroke yang mengalami paralisis (Agusrianto., et al. 2020)

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan di *Ruang Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Al-Ihsan, kasus terbanyak diruangan adalah pasien stroke dengan jumlah kasus yaitu 5 Pasien. Ke-5 pasien stroke tersebut mengalami kelemahan otot pada sebagian anggota gerak. Berdasarkan hasil yang ditemui juga di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Al Ihsan, bahwa perawat diruangan lebih cenderung fokus untuk mengatasi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial dan juga sudah dilakukan manajemen tekanan tinggi intrakranial (TTIK) dengan sangat baik dalam merawat pasien stroke. Tetapi disisi lain, pasien stroke yang mengalami kelemahan otot tidak diberikan mobilisasi seperti latihan *range of motion (ROM)*, baik itu pasif maupun aktif. Berdasarkan Uraian diatas, penulis tertarik melakukan studi kasus tentang “Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan Gangguan Mobilitas Fisik dan Penerapan *Range Of Motion (ROM)* Pasif diruang *Intensive Care Unit* RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan Gangguan Mobilitas Fisik dan Penerapan *Range Of Motion (ROM)* Pasif diruang *Intensive Care Unit* RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui Analisis Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan Gangguan Mobilitas Fisik dan Penerapan *Range Of Motion* (ROM) Pasif diruang *Intensive Care Unit* RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis Proses Keperawatan Berdasarkan Teori dan Konsep Terkait Gangguan Mobilitas Fisik yaitu *Range Of Motion* (ROM) pasif
2. Menganalisis Intervensi Keperawatan berdasarkan Penelitian Terkait Gangguan Mobilitas Fisik yaitu *Range Of Motion* (ROM) pasif
3. Mengidentifikasi Alternatif Pemecahan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari Analisis Asuhan Keperawatan yang telah dilakukan ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Stroke PIS yang mengalami masalah Gangguan Mobilitas Fisik

1.4.2 Manfaat Praktik

1. Bagi RSUD Al Ihsan

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat digunakan sebagai informasi dan acuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien

dengan gangguan mobilitas fisik dengan menerapkan *range of motion* (ROM) pada pasien stroke perdarahan intraserebral

2. Bagi Perawat

Hasil dari Analisis Asuhan Keperawatan ini dapat diaplikasikan pada pasien Stroke yang mengalami Gangguan Mobilitas Fisik dengan menerapkan latihan *Range Of Motion (ROM)* Pasif

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat menjadi landasan untuk penelitian selanjutnya dalam mengembangkan intervensi yang ada dan dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai salah satu referensi dalam penelitian selanjutnya