

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Stroke* atau cedera serebrovaskular (CVA) adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh terganggunya suplai darah ke bagian otak, *stroke* terbagi menjadi *stroke hemoragik* dan *stroke non hemoragik*. *Stroke Non Hemoragik* merupakan suatu gangguan yang disebabkan oleh *iskemik*, *trombosis*, *emboli* dan penyempitan lumen. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit tidak menular yang terus meningkat angka kejadiannya. *Stroke* merupakan suatu penyakit *neurologis* akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan dapat menimbulkan gejala yang sesuai dengan daerah otak yang terserang (Bustan, 2018).

*Stroke* menurut *World Health Organization* adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. *Stroke* terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2018).

Prevalensi *stroke* menurut data *World Stroke Organization* menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru *stroke*, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit *stroke*. Sekitar 70% penyakit *stroke* dan 87% kematian dan disabilitas akibat *stroke* terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata *stroke* terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi. Prevalensi *stroke* bervariasi di berbagai belahan dunia. Prevalensi *stroke* di Amerika Serikat adalah sekitar 7 juta (3,0%), sedangkan di Cina prevalensi *stroke* berkisar antara (1,8%) (pedesaan) dan (9,4%) (perkotaan). Diseluruh dunia, Cina merupakan negara dengan tingkat kematian cukup tinggi akibat *stroke* (19,9% dari seluruh kematian di Cina), bersama dengan Afrika dan Amerika Utara (WHO, 2018).

Berdasarkan hasil Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 prevalensi penyakit *stroke* di Indonesia meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Secara nasional, prevalensi *stroke* di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. (Kemenkes RI, 2018). Prevalensi penderita *stroke* di Indonesia mengalami peningkatan dari 8,3 per 1.000 populasi penduduk pada tahun 2013, menjadi 12,1 per 1.000 populasi penduduk pada tahun 2018. (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Hasil Riskesdas Kemenkes RI 2018, di Indonesia sebanyak 713,783 menderita *stroke*.

Kejadian *stroke* tertinggi pertama di daerah Jawa Timur sebanyak 12,4% yaitu 131,846 jiwa, kedua di daerah Jawa Barat sebanyak 11,8% yaitu 113,045 jiwa dan ketiga kasus *stroke* di Jawa Tengah sebesar 11,4% yaitu 96,794 jiwa (Riskesdas. 2018).

Dampak *stroke* yang dapat timbul antara lain *stroke hemoragik* dan *non hemoragik*. Menurut *World Stroke Academy* (2012), prevalensi *hemoragik* pada penderita *stroke* berkisar antara 36 hingga 67% dan *stroke non hemoragik* sebesar 22,94%. Dampak yang dapat ditimbulkan paska *stroke* adalah kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia, dan masih banyak yang lainnya. Paska terserang *stroke* akan membuat tingkat ketergantungan seseorang terhadap orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga orang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas kemandirian sehari-hari (Lingga, 2013).

Kerusakan neurologis pada penderita *stroke non hemrogaik* dapat menyebabkan adanya sumbatan total atau parsial pada satu bahkan lebih di pembuluh darah serebral sehingga aliran darah ke otak tersumbat. Pecahnya pembuluh darah terjadi karena adanya hambatan atau penyumbatan pembuluh darah oleh gumpalan, sehingga mengakibatkan kerusakan pada jaringan otak karena otak kekurangan suplai oksigen dan nutrisi (Daya, 2017).

*Stroke non hemoragik* memiliki berbagai dampak yang ditimbulkan selain kelumpuhan pada anggota gerak atau kecacatan. Jika terjadi penyumbatan pada sistem motorik, maka pasien akan mengalami keterbatasan

atau kesulitan untuk melakukan gerakan. Bagian anggota ekstremitas yang diserang adalah ekstremitas atas dan bawah. Kelemahan pada ekstremitas atas menyebabkan gangguan kemampuan fungsi motorik pada tangan seperti gangguan kemampuan menggenggam dan mencubit, sehingga perlu dilakukan pemulihan pada fungsi motorik halus (Santoso, 2018).

Pasien *stroke non hemoragik* sering mengalami masalah pada neuro-muskuloskeletal yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan mobilitas pasien. Kelumpuhan merupakan salah satu gejala klinis yang ditimbulkan oleh penyakit *stroke* (Hermand, 2015). Masalah keperawatan yang sering ditemukan adalah gangguan mobilitas yaitu keterbatasan dalam gerak fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2016). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Salah satu intervensi untuk membantu pasien meningkatkan fungsi motorik ekstermitas atas dengan melakukan *range of motion*. Salah satu *range of motion* yang dapat melatih fungsi tangan adalah dengan Latihan genggam bola karet. Latihan menggenggam bola karet adalah suatu intervensi berupa terapi *range of motion* (non farmakologi) untuk meningkatkan kekuatan otot tubuh dan mengoptimalkan kekuatan otot dengan meremas bola karet (Santoso, 2018).

Terapi menggenggam bola karet adalah salah satu latihan terapi aktif yang dapat dilakukan pasien *stroke non hemoragik* dengan latihan *spherical grip* untuk merangsang tangan atau ekstremitas atas dengan cara menggenggam sebuah benda (bola karet) yang diletakan pada telapak tangan sehingga bisa membantu pemulihan bagian tangan atau ekstremitas (Pork, Gessa & Angliadi, 2016). Terapi latihan menggenggam bola karet yang dilakukan pada pasien *stroke non hemroagik* ditujukan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dengan cara latihan motorik, merangsang tangan dalam melakukan suatu pergerakan atau kontraksi otot, sehingga membantu mengembalikan fungsi motorik ekstremitas atas yang hilang. Terapi ini dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah. (Azizah & Wahyuningsih, 2020).

Menurut Margiyati (2021), Hasil penelitian menunjukkan subjek 1 mengalami peningkatan nilai kekuatan otot dari 14,6 kg menjadi 21 kg, subjek II dari 14,8 kg menjadi 18,8 kg. Hasil studi kasus menyimpulkan terdapat peningkatan nilai kekuatan otot pada subjek I sebanyak 6,4 kg dan subjek II sebanyak 4 kg. Kajian menunjukkan pasien stroke dengan kelemahan bagian ekstremitas atas sesudah dilakukan terapi menggenggam bola karet akan terjadi peningkatan otot menjadi lebih baik apabila sering melakukan latihan.

Sejalan dengan penelitian Kusuma, at all (2022), dengan judul penelitian pengaruh terapi menggenggam bola karet terhadap perubahan kekuatan otot pada pasien stroke diukur menggunakan *hangryp dynamometer*

di Ruang Syaraf RSUD Jend A Yani Kota Metro. Menunjukkan bahwa kekuatan otot sebelum latihan pada pasien I sebesar 0,0/4,2 kg, pasien II sebesar 0,0/3,3 kg dan sesudah latihan pada pasien I sebesar 0,0/5,5 kg, pasien II sebesar 0,0/4,0 kg. Hasil penerapan menggenggam bola karet menunjukkan adanya perubahan kekuatan otot sebelum dan sesudah latihan.

Didukung oleh penelitian Saputra DG, Dewi NR, Ayubana S (2022), menunjukkan bahwa setelah diberikan penerapan terapi menggenggam bola karet selama 5 hari, kekuatan otot ekstermitas kiri atas mengalami peningkatan diukur dengan *Handrip Dynamometer*, sebelum penerapan adalah 4,1 kg, setelah penerapan menjadi 6,4 kg dan apabila diukur menggunakan alat ukur kekuatan otot manual *muscle test* kekuatan otot responden dalam derajat 2 mengalami perubahan sedikit tetapi tetap dalam rentang kekuatan otot derajat 2.

Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti pengukuran kekuatan otot yang diterapkan pada pasien *stroke non hemoragik* menggunakan *Manual Muscle Testing (MMT)*. *Manual Muscle Testing (MMT)* adalah suatu metode yang digunakan untuk pemeriksaan kekuatan otot yang bertujuan dalam perawatan kesehatan medis. *Manual Muscle Testing (MMT)* merupakan metode pemeriksaan kekuatan otot yang digunakan pada masalah patologis dan cedera neurologis atau cedera fisik salah satunya pada pasien *stroke*. (Hidayah, N. 2020).

Berdasarkan hasil pengkajian dirung Fresia II RSUP DR Hasan Sadikin terdapat 30 kasus per 2 bulan (november-desember) dengan diagnosa medis *stroke* dari 30 kasus tersebut 90% mengalami masalah gangguan mobilitas fisik dimana kasus tersebut adalah pasien baru yang di rawat kurang lebih 4 hari. Berdasarkan latar belakang diatas Karya Ilmiah Akhir Ners ini dilakukan untuk mengetahui tentang “Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Kombinasi Latihan *Range Of Motion* (Rom) Dan Genggam Bola Karet Pada Tn.I Usia 60 Tahun Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik* Di Ruang Fresia Ii Rsup Dr. Hasan Sadikin”.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Berdasarkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis Asuhan Keperawatan Pemberian Terapi Kombinasi Latihan *Range Of Motion* (Rom) Dan Genggam Bola Karet Pada Tn.I Usia 60 Tahun Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dan Diagnosa Medis *Stroke Non Hemoragik* Di Ruang Fresia Ii Rsup Dr. Hasan Sadikin.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. I dengan *Stroke Non Hemoragik*.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. I dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada *Stroke Non Hemoragik*.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi keperawatan pada Tn. I dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada *Stroke Non Hemoragik*.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn. I dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada *Stroke Non Hemoragik*.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Tn. I dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada *Stroke Non Hemoragik*.
- f. Untuk mengetahui hasil analisis dan inovasi keperawatan sebelum dan sesudah tindakan pada Tn. I dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada *Stroke Non Hemoragik*.

## **C. Manfaat**

### **1. Manfaat Keilmuan**

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan referensi dibidang keperawatan serta dapat menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada *Stroke Non Hemoragik*.

### **2. Manfaat Aplikatif**

#### **a. Bagi Perawat**

Dapat bermanfaat bagi perawat untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik.

#### **b. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan penelitian mengenai pemberian terapi kombinasi latihan *range of motion* dan genggam bola karet pada Tn.I dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dan diagnosa medis *stroke non hemoragik*.

#### **c. Bagi Pasien**

Menambah informasi baru bagi klien tentang cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot pada *stroke* dengan masalah gangguan mobilitas fisik.

**d. Bagi Rumah Sakit**

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi referensi di Layanan Kesehatan mengenai pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *stroke non hemoragik*.