

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 LATAR BELAKANG**

Stroke merupakan kondisi gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh adanya berbagai macam penyebab. Salah satu penyebab terjadinya stroke adalah hipertensi. Hipertensi yang berlangsung lama dan tidak terkontrol kemudian menyebabkan hialinisasi pembuluh darah dan berkurangnya elastisitas pembuluh darah (Nadesul, 2016). Menurut WHO (*World Health Organization*), stroke adalah suatu kondisi dimana tanda-tanda klinis yang berkembang pesat diamati dalam bentuk defisit neurologis fokal dan global, kondisi ini berlangsung 24 jam atau lebih dan/atau menyebabkan kematian tanpa alasan lain yang jelas selain vaskuler (hidayat fahrul, 2023)

Menurut WHO, 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke setiap tahun, 5 juta diantaranya meninggal dunia dan 5 juta lainnya cacat permanen. Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker pada negara maju ataupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke. Menurut data *World Stroke Organization* (WSO) tahun 2022, terdapat 12.224.551 kasus baru setiap tahun dan 101.474.558 individu yang hidup saat ini pernah mengalami stroke. Dengan kata lain, 1 dari 4 individu yang berusia 25 tahun pernah mengalami stroke di dalam hidupnya. Angka kematian akibat stroke sebanyak 6.552.724 orang dan individu yang mengalami kecacatan akibat stroke sebanyak 143.232.184. Dari tahun 1990-2019, terjadi peningkatan insiden stroke sebanyak 70%, angka mortalitas sebanyak 43%, dan angka

morbiditas sebanyak 143% di negara yang berpendapatan rendah dan menengah ke bawah. (Yelvita, 2022).

Angka kejadian stroke di Indonesia juga meningkat, penyakit ini menempati urutan ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Pada tahun 2007, hasil Survei Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan 8,3 orang per 1000 penduduk menderita stroke (Hidayat Fahrul, 2023). Prevalensi kejadian stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis populasi penderita stroke meningkat pada tahun 2018, pada tahun 2013 jumlah penderita stroke sebesar 7% dan pada tahun 2018 sebesar 10,9% (Kusuma *et al.*, 2022). Prevalensi stroke berdasarkan kelompok umur yaitu >75 tahun sebesar 67,0%; 65-74 tahun sebesar 46,1%; 55-64 tahun sebesar 33,0%; 45-54 tahun sebesar 16,7%; 35-44 tahun sebesar 6,4%; 25-34 tahun sebesar 3,9%; dan 15-24 tahun sebesar 2,6%. Oleh karena itu Stroke lebih banyak menyerang pada penderita usia lebih dari 75 tahun, 50,2 per 1.000 penduduk, pada jenis kelamin laki-laki 11,0 per 1.000 penduduk, penduduk daerah perkotaan 12,6 per 1.000 penduduk, tidak/belum pernah sekolah 21,2 per 1.000 penduduk dan tidak kerja 21,8 per 1.000 penduduk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Menurut Data Profil Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang di keluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2017, stroke menempati posisi keenam dari 14 kasus penyakit tidak menular yang dominan di provinsi NTT dengan total penderita stroke adalah 899 orang, sedangkan menurut laporan kasus penyakit tidak menular di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang di keluarkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2018, stroke tetap menempati posisi keenam dengan total penderita

sebanyak 2.295 orang (RISKESDAS NTT, 2022). Menurut data Rekam Medis RSUD Umbu Rara Meha Waingapu angka kejadian *Stroke Non Hemoragik* Tahun 2019 sebanyak 21 orang, Tahun 2020 sebanyak 20 orang, Tahun 2021 sebanyak 40 orang, Tahun 2022 sebanyak 99 orang, Januari-November 2023 sebanyak 134 orang (Rekam Medis RSUD Umbu Rara Meha Waingapu, 2023)

Menurut Muttaqin (2012), komplikasi stroke tergantung dari bagian atau sisi mana yang terdampak, rata-rata serangan ukuran lesi dan adanya peningkatan tekanan sirkulasi kolateral. Pada stroke akut komplikasi yang dialami yaitu seperti kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparesis*) yang timbul secara mendadak, gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan, penurunan kesadaran, afasia, disatria, gangguan diplopia, ataksia, vertigo. Salah satu dampak yang dialami penderita stroke yaitu tidak mampu melakukan aktivitas mandiri atau yang biasa di sebut gangguan mobilitas fisik.

Gangguan mobilitas fisik menurut SDKI adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Gangguan mobilitas fisik dapat terjadi karena penderita stroke mengalami kekakuan pada ototnya sehingga otot menjadi lemah dan lunglai karena tidak digunakan dalam jangka waktu yang lama (Arum, 2016). Sebanyak 80% pasien stroke mengalami kelemahan pada salah satu sisi tubuhnya atau yang dikenal dengan *hemiparase*. Gangguan mobilitas ini disebabkan karena adanya kerusakan pada *Upper Motoric Neuron* (UMN) dan mengakibatkan kehilangan control volunteer terhadap gerakan motorik sehingga terjadi kelumpuhan yang sifatnya spastik pada penderita stroke (Harsono, 2015). Salah satu upaya mengatasi adalah dengan melatih rentang gerak atau yang dikenal dengan istilah ROM.

ROM merupakan pemberian latihan berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi dan meningkatkan sirkulasi, (SPO PPNI, 2021). Tindakan ROM yang diberikan secara aktif maupun pasif pada pasien dengan kasus *Stroke Non Haemoragik* mampu mengatasi gangguan mobilitas fisik. Tindakan ROM dapat terus dilakukan hingga nilai rentang gerak maksimal atau tidak menunjukkan adanya gerakan terbatas. Berdasarkan penelitian Agusrianto & Rantesigi, (2020) setelah diberikan asuhan keperawatan, penerapan Latihan *Range Of Motion* (ROM) pasif selama enam hari dengan waktu pemberian 15-20 menit pada pagi dan sore hari masalah gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil kekuatan otot pada kedua ekstremitas meningkat yaitu pada ekstremitas kanan atas/bawah dari skala 2 menjadi 3 dan kekstremitas kiri atas/bawah dari skala 0 menjadi 1.

Berdasarkan uraian masalah tersebut maka peneliti ingin melakukan penelitian tentang Studi Kasus Implementasi ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.

## **1.2 RUMUSAN MASALAH**

Bagaimanakah Implementasi ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu?

## **1.3 TUJUAN**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui Implementasi ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruanga Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk menggambarkan pengkajian keperawatan ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruanga Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.
2. Untuk menggambarkan diagnosa keperawatan ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruanga Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.
3. Untuk menggambarkan intervensi keperawatan ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruanga Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.
4. Untuk menggambarkan implementasi keperawatan ROM Pasif Pada Pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruanga Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.

5. Untuk menggambarkan evaluasi keperawatan Pada *Pasien Stroke Non Hemoragik* dengan masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu.

## **1.4 MANFAAT**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu keperawatan serta menambah informasi dan wawasan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan gangguan mobilitas fisik

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi Pasien dan Keluarga untuk mendapatkan informasi tentang cara untuk perawatan diri guna untuk memenuhi kebutuhan pasien.
2. Bagi Petugas Kesehatan dapat dijadikan sebagai referensi dalam tindakan asuhan keperawatan yang efektif pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
3. Bagi Rumah Sakit sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
4. Bagi Institusi Pendidikan dapat digunakan sebagai tambahan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
5. Bagi Penulis menerapkan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan untuk melakukan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien *Stroke Non Hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.