

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit stroke dapat menyerang siapapun baik perempuan atau laki-laki, kaya atau miskin, tua atau muda. Menurut berbagai penelitian epidemiologi menyatakan bahwa 1 diantara 5 penderita stroke akan meninggal dunia selama perawatan di RS, Penyakit stroke menjadi penyebab kematian tertinggi kedua di dunia pada tahun 2015 dan menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia pada tahun 2014 (Kemenkes RI, 2022). Stroke adalah gangguan fungsi sistem saraf yang terjadi secara mendadak akibat terganggunya peredaran darah di otak. Gangguan peredaran darah otak adalah tersumbatnya atau pecahnya pembuluh darah di otak (Pinzon Rizaldy, 2016).

Kurangnya pasokan oksigen dan zat makanan ke otak akan menyebabkan kematian sel saraf atau neuron, fungsi otak akan terganggu sehingga dari peristiwa tersebut akan timbul gejala dari penyakit stroke (Pinzon Rizaldy, 2016). Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kematian, kelumpuhan pada sistem anggota gerak tubuh terutama pada tangan, kaki, dan anggota gerak lainnya. Dan stroke juga menyebabkan koma. merusak jaringan saraf pada tubuh, merusak area bicara (area Broca) di otak dan mengakibatkan pandangan kabur dan tidak jelas, apabila kondisi ini dibiarkan terus menerus akan merusak fungsi penglihatan dan berakhir menjadi kebutaan (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan data American Heart Association tahun 2020, Prevalensi global stroke pada tahun 2017 sebesar 104,2 juta, kasus perdarahan otak 17,9 juta perdarahan subaraknoid 9,3 juta dan stroke iskemik 82,4 juta. Prevalensi stroke di Indonesia terus mengalami peningkatan setiap tahun. Menurut data Riskesdas tahun 2018 sebesar 10,9% prevalensi tersebut meningkat dibandingkan dengan data Riskesdas tahun 2013 yang hanya sebesar 7%. Stroke menyumbang 15,4% dari seluruh kematian di Indonesia (Raihana et al., 2022). Menurut data Riskesdas (2018) bahwa Provinsi Bali menempati urutan ke 17 di Indonesia dengan prevalensi penderita stroke sebesar 10% (Pranoto et al., 2020). Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Karangasem I pada periode bulan Januari sampai Maret 2024 didapatkan data pasien *stroke non hemoragik* sebanyak 88 orang.

Stroke dibagi menjadi dua yaitu *stroke hemoragik* dan *stroke non hemoragik*. Stroke hemoragik sebesar 15 – 20% terjadi akibat pecahnya pembuluh darah dan biasanya disebabkan karena hipertensi. Penyebab dari *stroke non hemoragik* yaitu hampir 85 % karena sumbatan bekuan darah, pembuluh arteri menyempit, embolus dari jantung atau arteri ekstrakranial (Wedri et al., 2017) yang kemudian menyebabkan berkurang/terhentinya suplay darah sehingga menyebabkan infark otak. 90% infark otak terjadi pada area Broadman 4-6, menyebabkan kurangnya impuls dan gerakan ke tangan, dan 55% pasien stroke non-hemoragik mengalami kelemahan tangan. Dari masalah tersebut menyebabkan pasien tidak dapat menjalani perannya secara normal sebagai individu, anggota keluarga, atau anggota masyarakat. (Wedri et al., 2017).

Faktor risiko penyakit stroke ada dua yaitu factor risiko yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. Faktor risiko yang dapat diubah yaitu hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, merokok, dan obesitas. Sedangkan yang tidak dapat dirubah yaitu usia tua, jenis kelamin laki-laki, ras, riwayat keluarga, dan riwayat stroke sebelumnya (Pinzon Rizaldy, 2016). Pasien stroke akan mengalami gangguan sistem saraf yang akan menimbulkan gejala stroke seperti kelumpuhan anggota gerak, wajah perot, gangguan bicara, pusing berputar, nyeri kepala, penurunan kesadaran, dan gejala lain seperti perubahan tingkah laku, penurunan tajam penglihatan dan gangguan menelan. Diantara semua gejala stroke, gejala yang paling umum terjadi adalah kelumpuhan anggota gerak (Pinzon Rizaldy, 2016).

Gangguan yang sering dirasakan oleh pasien stroke adalah gangguan ekstremitas baik atas maupun bawah sehingga akan mengalami kesulitan saat beraktifitas hal itu terjadi karena mengalami gangguan otot dan keseimbangan gerak. Penderita stroke yang terlambat dalam menangani penderita atau tidak segera mendapatkan pertolongan yang tepat maka akan mengakibatkan terjadinya komplikasi yang lebih komplek salah satunya adalah kontraktur. Hilang / kurangnya lingkup pergerakan sendi baik pasif ataupun aktif karena mengalami keterbatasan pada sendi yang dapat menyebabkan berbagai masalah diantaranya keterbatasan dalam rentang gerak sendi, hilangnya fungsi pada anggota gerak, gangguan melakukan perpindahan sesuai kemampuan anggota gerak, gangguan melakukan aktivitas sampai pada kasus kecacatan yang tidak dapat disembuhkan (Jamaluddin et al., n.d.)

Komplikasi pada penderita stroke dapat diminimalkan dengan cara rehabilitasi salah satunya yaitu dengan terapi latihan. Terapi latihan merupakan salah satu cara yang dapat mempercepat pemulihan pasien dari cedera dan penyakit yang dalam pelaksanaannya menggunakan gerakan aktif dan pasif. Penderita stroke harus dimobilisasi sedini mungkin ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik penderita sudah stabil (Chaidir & Zuardi, 2014). Penatalaksanaan apabila terjadi gejala awal serangan stroke adalah mempertahankan nutrisi yang adekuat, manajemen bladder, bowel, mempertahankan keseimbangan tubuh, dan rentang gerak sendi (ROM), mempertahankan integritas kulit, mempertahankan komunikasi yang efektif, dan istirahat yang cukup (Fresia, 2022).

Dampak yang ditimbulkan oleh stroke, berupa hemiparase (kelemahan) dan hemiplegia (kelumpuhan) merupakan salah satu bentuk defisit motorik. Hal ini disebabkan oleh gangguan motorik neuron dengan karakteristik kehilangan kontrol gerakan volunteer (gerakan sadar), gangguan gerakan, keterbatasan tonus otot, dan keterbatasan reflek (Ismoyowati, 2021). Individu yang mengalami keadaan setelah didiagnosa stroke disebut dengan individu pasca stroke (Laras & Setyawan, 2020). Sekitar 90% pasien yang mengalami serangan stroke tiba-tiba akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan anggota badan. Kelemahan atau kelumpuhan ini masih dialami pasien sampai pasien keluar dari rumah sakit. Akibat dari kelemahan atau kelumpuhan akan menimbulkan gangguan mobilitas fisik dalam melakukan aktifitas sehari-hari (Nurshiyam et al., 2020)

Penurunan kemampuan dalam menggerakkan otot pada anggota tubuh seseorang pasien yang mengalami stroke dikarenakan mengalami kelemahan pada satu sisi anggota tubuh. Kelemahan otot perlu dipulihkan sedini dan seoptimal mungkin untuk mencegah terjadinya kontraktur salah satunya yaitu dengan latihan Range of Motion (ROM) atau biasa dikenal dengan rentang gerak. Latihan ini akan membantu memulihkan kekuatan otot melalui gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot secara aktif. Bentuk dari Latihan Range of Motion tersebut yaitu latihan fungsional tangan (*Power Grip*). Salah satunya yaitu *Cylindrical Grip*. Keunggulan *Cylindrical Grip* dibandingkan dengan intervensi ROM adalah dengan *Cylindrical Grip* dapat meningkatkan kekuatan otot tangan dan mencegah kecacatan pada pasien stroke (Ismoyowati et al., 2021).

Cylindrical grip dapat meningkatkan kekuatan otot dan mengembangkan cara untuk mengimbangi paralisis melalui penggunaan otot yang masih mempunyai fungsi normal, mempertahankan, membentuk adanya kekuatan, dan mengontrol bekas yang dipengaruhi pada otot dibandingkan dengan ROM saja. *Cylindrical Grip* merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk silindris. Dalam *Cylindrical Grip*, jari-jari dilipat dengan ibu jari yang tertekuk diatas telunjuk dari jari tengah. Hal ini melibatkan fungsi, terutama fungsi dari *fleksor digitorum profundus*. Sublimis *fleksor digitorum* dan otot *interoseus* membantu ketika kekuatan yang diperlukan lebih besar. Mekanisme fisiologi *cylindrical grip* adalah melibatkan fungsi dari *fleksor digitorum profundus*. *sublimis fleksor digitorum* dan otot *interoseus* membantu ketika kekuatan yang diperlukan lebih besar (Ismoyowati et al., 2021)

Pegangan silinder bekerja dengan meningkatkan sentuhan halus sensorik jari dengan meningkatkan tekanan reseptor genggam, mengaktifkan sel saraf C7 dan T1 (Aridamayanti et al., 2020). Sebesar 80% pasien stroke mengalami kelemahan pada salah satu sisi tubuh/ hemiparese (Gorman, 2014). Hal tersebut memberikan dampak pada *Activity Daily Living* (ADL) dimana seseorang akan tergantung pada orang lain baik sebagian ketergantungan total. Masalah keperawatan yang sering ditemukan pada pasien stroke salah satunya adalah gangguan mobilitas yaitu keterbatasan dalam gerak fisik atau lebih ekstremitas secara mandiri. Akibat dari kelemahan atau kelumpuhan akan menimbulkan gangguan mobilitas fisik dalam melakukan aktivitas sehari hari. (Saksono et al., 2022) .

Menurut Purnawinadi (2019) 20 orang atau 100% pasien stroke menunjukkan masalah gangguan mobilitas fisik. Definisi dari gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). *Cylindrical grip* merupakan latihan untuk merangsang gerak motorik halus khususnya jari-jari tangan berupa latihan menggenggam dan meremas suatu bentuk silinder (Cai et al., 2018). *Cylindrical grip* merupakan salah satu latihan ROM yang dapat dilaksanakan untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. Berdasarkan hasil penelitian Irawati et al (2016) menyatakan terdapat pengaruh efektifitas latihan *Range Of Motion Cylindrical grip* terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dengan p-value 0,000 penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Luh Ariastuti et al (2015) menyatakan bahwa *range of motion aktif cylindrical grip* efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas. Menurut (Azizah & Anam, 2024) menyatakan bahwa pemberian latihan ROM *Cylindrical grip* (latihan

menggenggam benda berbentuk silinder) selama 3 hari dengan durasi 5 menit dan pengulangan dilakukan 7 kali/hari dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien *stroke non hemoragik*.

Dilihat dari uraian latar belakang tersebut, penerapan dari intervensi keperawatan sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat hilang / kurangnya lingkup pergerakan sendi pasif ataupun aktif yang mengakibatkan berbagai masalah diantaranya keterbatasan dalam rentang gerak sendi, hilangnya fungsi pada anggota gerak, dan kasus kecacatan yang tidak dapat disembuhkan pada pasien *stroke non hemoragik* yang mengalami gangguan mobilitas fisik , untuk itu penulis tertarik dalam mengaplikasikan riset tentang range of motion aktif *cylindrical grip* tersebut pada pengelolaan kasus yang dituangkan dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan *Range Of Motion Active Cylindrical Grip* Pada Pasien *Post Stroke Non Hemoragik* di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Tahun 2024”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas penulis mengangkat rumusan masalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan *Range Of Motion Active Cylindrical Grip* Pada Pasien *Post Stroke Non Hemoragik* di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Tahun 2024?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Latihan *Range Of Motion Active Cylindrical Grip* Pada Pasien *Post Stroke Non Hemoragik* di Banjar Dewa Mas Desa Jasri Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

Secara mengkhusus penelitian pada pasien *Post Stroke Non Hemoragik* di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Tahun 2024 bertujuan untuk:

- a. Mengidentifikasi data hasil pengkajian pada pasien *post stroke non hemoragik* di Banjar Dewa Mas Desa Jasri, Kecamatan Karangasem Kabupaten Karangasem Tahun 2024.
- b. Merumuskan diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada pasien *post stroke non hemoragik* dengan gangguan mobilitas fisik di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Tahun 2024.
- c. Menyusun intervensi keperawatan yang direncanakan pada asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan Latihan *Range Of Motion Active Cylindrical Grip* pada pasien *post stroke non hemoragik* di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem Kabupaten Karangasem Tahun 2024.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan yang dilakukan pada asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan Latihan *Range Of Motion Active Cylindrical Grip* pada pasien *post stroke non hemoragik* di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem, Kabupaten Karangasem Tahun 2024

- e. Mengevaluasi hasil pada asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan Latihan *Range of Motion Active Cylindrical Grip* pada pasien *post stroke non hemoragik* di Banjar Dewa Mas, Desa Jasri, Kecamatan Karangasem Kabupaten Karangasem Tahun 2024.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

- a. Hasil karya ilmiah akhir ners ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan atau pengembangan ilmu keperawatan gerontik khususnya asuhan keperawatan pada pasien *post stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber data bagi peneliti selanjutnya khususnya terkait dengan intervensi yang diberikan kepada pasien *post stroke non hemoragik* dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik

2. Manfaat praktis

a. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai tindakan mandiri keperawatan non farmakologis untuk meningkatkan kekuatan otot pasien *post stroke non hemoragik*.

b. Bagi Institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi bagi manajemen dalam menambahkan latihan *range of motion active cylindrical grip* sebagai salah satu standar intervensi rumah sakit dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien *post stroke non hemoragik* secara non farmakologis.

c. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi serta nantinya dapat diaplikasikan secara mandiri oleh masyarakat dalam penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pasien *post stroke non hemoragik* secara non farmakologis.