

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-undang nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia, batasan Lansia adalah penduduk yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Penduduk lansia di Indonesia sendiri mengalami peningkatan pada tahun 2010 tercatat 18,04 juta yang merupakan 7,59% dari total penduduk (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2012). Data lansia di Indonesia terjadi percepatan peningkatan penduduk secara signifikan. Tercatat 7,18% (14,4 juta orang) di tahun 2000 dan diperkirakan akan menjadi 11,34% (28,8 juta orang) pada 2020 (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Menurut laporan data Demografi Penduduk International yang dikeluarkan oleh Bureau of The Census USA 1993 (dalam Sunaryo, 2016), dilaporkan bahwa Indonesia pada tahun 1990-2025 akan mempunyai kenaikan jumlah lansia sebesar 414%. Suatu angka paling tinggi di seluruh dunia dibandingkan kenaikan jumlah lansia di negara-negara lain, seperti Kenya adalah sebesar 347%, Brazil 255%, India 242%, China 220%, Jepang 129%, Jerman 66%, Swedia 33%. Sedangkan pertambahan lansia di Indonesia, menurut ahli dari WHO yang berbicara dalam seminar lansia di Amsterdam, Nederland tanggal 4 Desember 1999, adalah sebesar 400% antara 2000 – 2025 (Sunaryo, 2016).

Tantangan kesehatan utama bagi orang tua sebagian besar adalah penyakit tidak menular karena pada lansia adanya proses degeneratif. Dampak dari kondisi ini adalah dua sampai tiga kali lebih besar untuk orang tua di negara-negara berpendapatan ekonomi rendah sampai menengah dibandingkan dengan orang di

negara berpendapatan ekonomi tinggi, di negara-negara termiskin, beban kesehatan terbesar untuk orang tua yaitu dari penyakit seperti penyakit jantung, stroke, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran dan demensia (Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI, 2012). Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 menunjukkan 17,5 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit kardiovaskuler atau 31% dari 56,5 juta kematian di seluruh dunia. Lebih dari 3/4 kematian akibat penyakit kardiovaskuler terjadi di negara berkembang yang berpenghasilan rendah sampai sedang. Dari seluruh kematian akibat penyakit kardiovaskuler 7,4 juta (42,3%) di antaranya disebabkan oleh Penyakit Jantung Koroner (PJK) dan 6,7 juta (38,3%) disebabkan oleh stroke (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2014).

Pada penderita stroke terbanyak terdapat pada kelompok usia 56-65 tahun dengan jumlah 51 penderita (30,54%), sedangkan stroke perdarahan terbanyak pada kelompok usia 46-55 tahun dengan jumlah 13 kasus (35,14%). Insidensi stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Setelah umur 55 tahun risiko stroke iskemik meningkat 2 kali lipat tiap dekade. Semakin tua usia, maka semakin besar pula terkena risiko stroke. Hal ini berkaitan dengan proses degenerasi yang terjadi secara alamiah dan pada umumnya, yang orang usia lanjut miliki (Nur Indahsari et al., 2013).

WHO (2010) menyatakan dikawasan Asia Tenggara 4,4 juta orang mengalami stroke. Sementara stroke di Indonesia tahun 2013 12,1% sebanyak 2.137.941 orang. Dengan populasi sekitar 250 juta jiwa, berarti terdapat sekitar 3,6 juta penderita stroke di Indonesia, stroke non hemoragik 2,8 juta jiwa, dan sisanya adalah stroke hemoragik (Kemenkes RI, 2014).

Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar tujuh per mil dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9 persen penyakit stroke telah terdiagnosis oleh nakes. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara (10,8%), diikuti DI Yogyakarta (10,3%), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil sedangkan Sumatera Barat 7,4 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9%), DI Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil, Sumatera Barat sebesar 12,2 per mil, sedangkan di Bali 8,6% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).

Prevalensi stroke di Bali pada tahun 2014 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di RSUD Buleleng sebanyak 146 orang, RSUD Negara sebanyak 111 orang, RSUD Tabanan sebanyak 49 orang, RSUD Wangaya 84 orang, RSUD Gianyar sebanyak 273 orang, RSUD Klungkung sebanyak 184 orang dan RSUP Sanglah sebanyak 16 orang, di UPT Kesmas Sukawati I pada tahun 2016 sebanyak 227 orang sedangkan bulan Januari – Agustus 2017 sebanyak 36 orang.

Stroke adalah suatu tanda klinis yang berkembang cepat akibat gangguan fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlansung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler (Sunaryo, 2016). Stroke umumnya diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu iskemik dan hemoragik (perdarahan). Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah otak dan memiliki prevalensi tertinggi, yaitu 88% dari semua stroke dan sisanya adalah stroke hemoragik

(stroke perdarahan) yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah otak (Sari et al., 2015).

Gangguan vaskularisasi otak ini memunculkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada satu sisi tubuh). Komplikasi akibat imobilisasi menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik. Imobilitas juga dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (nerve pressure palsies). Diagnosa keperawatan utama yang sesuai dengan masalah imobilisasi pada pasien stroke adalah hambatan mobilitas fisik, didapatkan hasil 90% orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik (Sari et al., 2015).

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik yaitu dengan dilakukannya latihan ROM atau *Range Of Motion*. Latihan *range of motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke (Rahayu, 2015). Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada pasien pasca perawatan di rumah sakit sehingga dapat menurunkan tingkat

ketergantungan pasien pada keluarga. Lewis (2010) mengemukakan bahwa sebaiknya latihan pada pasien stroke dilakukan beberapa kali dalam sehari untuk mencegah komplikasi. Semakin dini proses rehabilitasi dimulai maka kemungkinan pasien mengalami defisit kemampuan akan semakin kecil (Lip & Lim, 2007). Oleh karena itu, untuk menilai latihan ROM aktif dan pasif dapat meningkatkan mobilitas sendi sehingga mencegah terjadinya berbagai komplikasi (Rahayu, 2015).

Latihan ROM dikatakan dapat mencegah terjadinya penurunan fleksibilitas sendi dan kekakuan sendi (Lewis, 2010). Pernyataan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Tseng, C.-N., Chen C.C.-H, Wu, S.C& Lin, 2007) yang mengungkapkan bahwa latihan *Range of Motion* (ROM) dapat meningkatkan fleksibilitas dan luas gerak sendi pada pasien stroke. Latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat saraf otot ekstremitas terutama saraf parasimpatis yang merangsang untuk produksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme melalui muskulus terutama otot polos ekstremitas akan meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan ATP yang dimanfaatkan oleh otot ekstremitas sebagai energi untuk kontraksi dan peningkatan tonus otot polos ekstremitas (Rahayu et al, 2015).

Berdasarkan penjelasan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan studi kasus tentang “Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pasca Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Pemenuhan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja UPT Kesmas Sukawati I”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat diambil rumusan masalah :

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik di wilayah kerja UPT Kesmas Sukawati I ?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum Studi Kasus

Untuk mengetahui gambaran dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan pemenuhan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke non hemoragik.

2. Tujuan Khusus Studi Kasus

Tujuan Khusus Studi Kasus ini adalah untuk :

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pasca stoke non hemoagik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.
- d. Mengobservasi implementasi keperawaan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.

- e. Melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.
- f. Mampu melakukan analisis studi kasus pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Sebagai referensi bagi mahasiswa untuk melakukan penelitian khususnya mahasiswa Jurusan Keperawatan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perkembangan Iptek Keperawatan

Mengembangkan ilmu pengetahuan tentang keperawatan khususnya pada pengembangan perawatan komunitas dalam meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan pemenuhan mobilitas fisik.

b. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan informasi bagi peneliti tentang asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik. Selain itu penelitian diharapkan dapat menjadi salah satu cara peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dari institusi pendidikan.