

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian terbesar kedua di dunia dan penyebab kecacatan utama setelah penyakit jantung (Kementrian Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 2023). Menurut *World Health Organization*, (2021) Pervalensi Stroke diseluruh dunia sekitar 15 juta orang, dimana 5 juta diantaranya meninggal dan 5 juta lainnya cacat permanen. Diperkirakan 70% Stroke terjadi di negara – negara berpendapatan rendah dan menengah, yang menyebabkan 87% kematian terkait Stroke dan kecacatan selama bertahun – tahun (Johnson et al. 2016). Angka kejadian Stroke bervariasi diberbagai belahan dunia, Pervalensi Stroke di Amerika Serikat adalah sekitar 7 juta (3,0%), sedangkan di Tiongkok berkisar antara (9,4%) (perkotaan) dan (1,8%) (pedesaan). Secara global Tiongkok memiliki jumlah kematian akibat penyakit Stroke tertinggi (19,9%) dari seluruh kematian di Tiongkok), diikuti oleh Afrika dan Amerika Utara (Kusuma dkk, 2023). Stroke Iskemik adalah jenis Stroke yang paling banyak terjadi di dunia dengan total 7,6 juta kasus setiap tahunnya (*World Stroke Organization*, 2022).

Menurut dari data *World Health Organization* (WHO), Hal ini menunjukkan bahwa Stroke merupakan penyebab kematian utama yaitu sebesar 7,9% dari seluruh kematian penduduk Indonesia di seluruh dunia. Berdasarkan data (Riskesmas 2018) penyakit Stroke menduduki peringkat teratas penyakit tidak menular dengan presentase 10,9 persen, dan di Indonesia angka kejadian Stroke meningkat seiring

bertambahnya usia. Berdasarkan hasil pendataan Riskesdas tahun 2018, Kasus terbanyak terjadi pada pasien Stroke berusia 75 tahun ke atas (50,25), sedangkan kasus paling sedikit terjadi pada kelompok usia 18 hingga 24 tahun (0,6%). Jika dilihat dari segi usia, penatalaksana Stroke fasilitas Kesehatan adalah 29,4% pada kelompok umur diatas 75 tahun, 39,7% pada kelompok umur 65 – 74 tahun, dan 42,3% pada kelompok umur 55 – 64 tahun. Berdasarkan data kelompok umur diatas kebanyakan penderita Stroke berusia diatas 55 tahun sehingga risiko terkena Stroke meningkat seiring bertambahnya usia (Pratama dkk, 2023). Dari data Riskesdas 2018, bahwa indonesia memiliki prevelensi Stroke yang sangat tinggi di provinsi Kalimantan timur (14,7 %) dan terendah di provinsi papua (4,1 %) yang terdiagnosa dokter (Riskesdas 2018).

Menurut Riskesdas (2018), Di Indonesia provinsi bali menepati urutan ke 17 dengan angka Stroke 10%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Gianyar terdapat 1.219 kasus penyakit Stroke pada tahun 2016, di wilayah puskesmas sukawati I. Pengumpulan informasi tersebut diperoleh dengan menanyakan kepada petugas puskesmas, terdapat 55 pasien Stroke pada tahun 2019, 35 perempuan dan 20 laki – laki (Yudhawati dkk, 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di RSUD Tabanan melalui manajemen informasi rumah sakit data yang di dapatkan yaitu, pada tahun 2020 – 2021 jumlah pasien penderita Stroke Non Hemoragik mengalami penurunan dimana, pada tahun 2020 jumlah penderita 72 orang sementara tahun 2021 menjadi 70 kasus, kemudian pada tahun 2022 meningkat menjadi 322 kasus dan pada tahun 2023 jumlah penderita 351 orang. Hal ini menunjukkan bahwa kasus penderita Stroke non hemoragik mengalami peningkatan dan penurunan setiap tahunnya.

Stroke merupakan gejala klinis yang berkembang secara cepat dan tepat. Hal ini disebabkan oleh gangguan terfokus pada aktivitas otak dan diikuti dengan gejala yang bisa berakibat fatal dan bertahan lebih dari 24 jam. Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik merupakan dua bentuk stroke yang diklasifikasikan berdasarkan penyebabnya. Stroke Hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak, yang memberikan terlalu banyak tekanan pada otak dan merusaknya, sedangkan Stroke Non Hemoragik adalah stroke yang suplai darah ke otak terhenti karena penyumbatan arteri (Hayuningrum dkk, 2023). Stroke Hemoragik terjadi sekitar 15-30%, sedangkan stroke iskemik atau non-hemoragik terjadi 70-85% (Hisni dkk, 2022).

Masalah fisik yang umum terjadi pada pasien Stroke antara lain hilangnya kesadaran saat terkena Stroke, inkontinensia, kelumpuhan atau kelemahan otot, spastisitas gerakan sentakan otot yang tidak disadari, dan kesulitan menelan.. (Saksono dkk, 2022). Stroke Non Hemoragik terjadi ketika persediaan oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh sel darah dan plasma terhambat oleh sesuatu bekuan darah atau terjadi thrombosis pada dinding arteri yang mensuplai otak, maka akan terjadi Stroke Non Hemoragik yang dapat berakibat nekrosis pada area korteks motorik seperti hemonkulus. Kehilangan darah di otak bisa disebabkan oleh thrombosis atau emboli, atau disebut juga atheroma, yaitu penumpukan lemak darah, kolesterol, kalsium pada dinding pembuluh darah arteri (Junaidi 2017). Tujuh puluh persen kejadian stroke iskemik paling sering dikaitkan dengan trombosis serebral, yang biasanya terjadi di arteri utama otak, Neuron di korteks motorik kehilangan kemampuannya untuk mengatur gerakan akibat kematian sel (Hermanto 2021). Kerusakan saraf pada homunculus motorik dapat menyebabkan hemiparesis pada

anggota gerak motorik. Jumlah Sel – sel saraf (neuron) berkurang, yang dapat mengurangi sintesis berbagai neurotransmitter. Mengakibatkan terjadinya infark otak pada area broadman 4-6 sebanyak 90% yang dapat menyebabkan saraf hemiparesis pada anggota motorik sehingga mempengaruhi seluruh ekstremitas, kedua ekstremitas atau separuh bagian tubuh. Maka dari itu Sebagian besar penderita Stroke Non Hemoragik yang cenderung akan mengalami gangguan mobilitas fisik (Price & Wilson 2014). Hal ini dapat menyebabkan penderita penyakit Stroke akan mengalami hilangnya fungsi motorik dan sensorik sehingga mengakibatkan terjadinya hemiparase, hemiplegia, dan ataksia. Selain itu, atrofi otot juga akan mengalami kekakuan otot sehingga menyebabkan terjadinya keterbatasan gerak pada pasien yang menderita Stroke (Putri dkk, 2023).

Dampak serius yang ditimbulkan oleh penyakit Stroke Non Hemoragik adalah kematian. Namun masalah keperawatan yang sering ditemukan pada pasien Stroke Non Hemoragik salah satunya gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerak fisik atau lebih secara mandiri. Dampak dari kelemahan atau kelumpuhan menyebabkan gangguan mobilitas fisik dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Intervensi utama yang diberikan pada pasien Stroke dengan mengalami gangguan mobilitas fisik adalah dukungan ambulasi dan mobilisasi dapat meningkatkan aktivitas fisik (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018).

Upaya Penatalaksana yang bisa dilakukan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan kelemahan otot, selain terapi medikasi atau obat – obatan juga bisa dilakukan fisioterapi/Latihan : latihan beban, keseimbangan, dan latihan ROM (*Range Of Motion*). Selain terapi rehabilitas ROM yang sering dilakukan pada pasien Stroke, terdapat alternatif terapi lain yang dapat dilakukan pada pasien

Stroke, salah satunya adalah terapi cermin (*mirror therapy*), untuk membantu meningkatkan kemampuan menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dengan cara mengamati pergerakan. *Mirror therapy* ini menggunakan indra pengelihatan paling bermakna untuk menghubungkan stimulus aferen, yang sangat berguna dalam merangsang kekuatan otot. Masalah gangguan mobilitas fisik ini dapat dicegah dengan metode rehabilitas motorik yang efektif yaitu *mirror therapy* dimana akan membantu memulihkan keseimbangan korteks motorik yang menghubungkan stimulasi dengan cara mengamati gerakan tujuannya untuk memulihkan kapasitas kerja penuh, pada Sebagian orang yang terkena Stoke Non Hemoragik dengan *mirror therapy* (Rosaline & Herlina 2021).

Beberapa hasil peneliti dari Thieme et al. (2018) mengatakan bahwa sebanyak 567 penderita Stroke Iskemik yang mengalami masalah motorik dengan intervensi yang diberikan terapi yaitu cermin (*mirror therapy*) yang memiliki efek signifikan (efektif) pada fungsi motorik (data pasca intervensi: SMD 0,61; 95% CI 0,22-1,0; P = 0,002; mengubah skor: SDM 1,04; 95% CI 0,57 hingga 1,51 ; Hal<0,0001). Intervensi latihan terapi cermin (*mirror therapy*) terapi yang dilakukan sejak hari pertama pasien datang ke rumah sakit, dengan tujuan untuk meningkatkan kekuatan otot sehingga muscle pump yang menyediakan suplai oksigen dan nutrisi serta mengangkut sisa metabolisme lebih lancar. Memberikan rangsangan atau informasi ke otak melalui mekanisme yang tepat dan berulang dapat membantu proses neuroplastisitas. Terapi ini diberikan 2 kali sehari dengan waktu sesi pertama yaitu 10 menit dengan waktu istirahat 5 menit dan selanjutnya pada sesi kedua dilakukan secara paralel dengan waktu 10 menit dan istirahat 5 menit,

yaitu meliputi lingkup gerak sendi, kecepatan, dan ketepatan Gerakan lebih baik (Suwaryo dkk, 2021).

Berdasarkan Urian diatas, mengenai jumlah angka kejadian dari kasus Stroke di dunia, maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai “ Implementasi Pemberian Terapi Cermin (*Mirror Therapy*) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan”

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan Latar belakang di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “ Bagaimana Implementasi Pemberian Terapi Cermin (*Mirror Therapy*) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka dapat dirumuskan tujuan dari penelitian ini adalah

1. Tujuan Umum

Untuk Mengetahui Bagaimana Implementasi Pemberian Terapi Cermin (*Mirror Therapy*) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan.
- b. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan.

- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan.
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan.
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Kabupaten Tabanan.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Manfaat dari hasil Penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan pengetahuan bagi tenaga Kesehatan khususnya terkait Implementasi Pemberian Terapi Cermin (*Mirror Therapy*) Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilisasi Fisik serta diharapkan dapat digunakan sebagai gambaran untuk peneliti lebih lanjut khususnya dalam keperawatan medikal bedah.

2. Manfaat Praktis

Untuk keluarga dan penderita Stroke Non Hemoragik, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman mengenai pengembangan ilmu pengetahuan tentang implementasi pemberian *mirror therapy* pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.

Untuk pihak rumah sakit, hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai panduan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara mandiri maupun kolaborasi terutama dalam memberikan perawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik.