

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan sindrom klinis yang berkembang cepat akibat dari gangguan otak lokal maupun global yang disebabkan adanya gangguan aliran darah dalam otak yang timbul secara mendadak (dalam hitungan detik) atau secara cepat (dalam hitungan jam) sehingga dapat menyebabkan sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak (Syahrim, 2019). Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah dan berakibat sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen sehingga dapat mengalami kematian sel/ jaringan. (Kemenkes RI, 2019).

Menurut Neil F Gordon, stroke adalah gangguan potensial yang fatal pada suplai darah bagian otak. Tidak ada satupun bagian tubuh manusia yang dapat bertahan bila terdapat gangguan suplai darah dalam waktu relatif lama sebab darah sangat dibutuhkan dalam kehidupan karena mengangkut oksigen yang membawa bahan makanan dan dibutuhkan otak yang mana otak merupakan pusat *control system* tubuh termasuk perintah dari semua gerakan fisik (Irfan, 2010). Pada intinya stroke merupakan penyakit sistem persyarafan yang mana pada pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak yang dapat mengakibatkan kematian dan kecacatan jika tidak segera ditangani.

Data dari WHO (*World Health Association*) pada tahun 2015 setiap tahun terdapat 15 juta orang di dunia menderita stroke, diantaranya 5 juta orang meninggal, 5 juta sisanya cacat permanen. Selain penyakit jantung koroner dan kanker, stroke ialah salah satu penyebab kematian di dunia (Syahrim, 2019). *American Heart Association* (AHA) menyebutkan bahwa setiap 45 menit ada satu orang di Amerika yang terkena serangan stroke. Stroke menduduki peringkat ke-3 setelah penyakit jantung dan kanker. Menurut Adams *et al*, (2004) setiap tahunnya 500.000 orang Amerika terserang stroke, 400.000 orang terkena stroke iskemik dan 100.000 orang menderita stroke hemoragik, dengan 175.000 orang diantaranya mengalami kematian (Agustina, 2013).

Data riskesdas 2013 prevalensi stroke nasional berdasarkan diagnosis pada penduduk umur >15 tahun menunjukkan 12,1 mil, sedangkan pada riskesdas 2018 prevalensi stroke menunjukkan angka 10,9 permil. Prevalensi stroke tertinggi adalah di Kalimantan Timur dengan angka 14,7 permil dan terendah di Papua dengan angka 4,1 permil, sedangkan DIY sendiri menempati posisi teratas ke-2 setelah Kalimantan Timur (Riskesdas, 2018). Presentase penderita Penyakit Tidak Menular (PTM) di DIY lebih tinggi jika dibandingkan dengan presentase nasional, yang mana presentase penderita stroke di DIY menunjukkan angka 16,9 persen sedangkan nasional 12,1 persen (Republika, 2016).

Penyebab kematian di DIY mulai tahun 1997 yang tadinya karena penyakit menular sudah tergeser dengan penyakit tidak menular, dan

terjadi hingga sekarang. Data penyebab kematian ini didapatkan dari data laporan rumah sakit dan kegiatan autopsi verbal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas. Tapi untuk kegiatan autopsi verbal di DIY belum bisa dilakukan di 5 kabupaten dan kota. Dari hasil autopsi verbal di salah satu kota di DIY didapatkan data penyakit pembuluh darah otak menempati peringkat pertama penyebab kematian akibat penyakit tidak menular dengan presentase 21,6 % yang diikuti penyakit penyempitan pembuluh darah jantung (Profil Kesehatan DIY, 2018).

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 (Winstein et al., 2016). Menurut Irfan (2010) pasien dengan stroke akan mengalami banyak gangguan-gangguan yang bersifat fungsional. Gejala stroke dapat bersifat fisik, psikologis, dan atau perilaku. Gejala fisik paling khas pasien stroke adalah hemiparalisis, kelemahan, hilangnya sensasi pada wajah, lengan atau tungkai di salah satu sisi tubuh, kesulitan berbicara dan atau memahami (tanpa gangguan pendengaran), kesulitan menelan dan hilangnya sebagian penglihatan di satu sisi.

Menurut Irfan (2010) gangguan sensoris dan motorik post stroke bisa mengakibatkan gangguan keseimbangan, salah satunya termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan

kontrol motorik dan gangguan kontrol sensorik. Fungsi yang hilang akibat gangguan kontrol motorik pada insan stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan merasakan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan postur tertentu). Nurbaeni, dkk (2010) berpendapat mengenai kebutuhan aktivitas (pergerakan) merupakan salah satu tanda kesehatan yaitu adanya kemampuan seseorang melakukan aktivitas contohnya seperti berdiri, berjalan, dan bekerja. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi aktivitas pergerakan seseorang adalah karena kondisi di mana seseorang itu tidak mampu melakukan pergerakan secara mandiri oleh adanya gangguan fungsi motorik.

Menurut Levine (2008) dalam Bakara (2016) pasien stroke dapat sembuh sempurna bila ditangani dalam waktu kurang dari 6 jam, sebesar 30% - 40% pasien stroke dapat sembuh, namun apabila pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal dalam waktu tersebut maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik (hemiparese). Pasien stroke post serangan membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal. Dibutuhkan terapi segera guna mengurangi cedera cerebral lanjut, salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke ialah dengan mobilisasi persendian latihan *range of motion*. Sedangkan menurut Jiricka (2008) dalam Bakara (2016) tidak digunakannya otot menyebabkan atrofi dan hilangnya kekuatan otot pada tingkat sekitar 12% seminggu.

Seseorang yang terkena atau mengalami serangan stroke perlu menjalani proses rehabilitasi yang dapat mengembalikan fungsi motoriknya sehingga pasien yang terkena stroke tidak mengalami defisit kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kemandirian pasien akan meningkat, tingkat ketergantungan pasien pada keluarga baik di rumah atau di rumah sakit akan berkurang sehingga akan meningkatkan pula harga diri dan mekanisme coping pasien. Berbagai metode telah dikembangkan untuk penanganan pada pasien stroke seperti *electrotherapy, hydrotherapy, exercise therapy, range of motion*. Dalam rangka meningkatkan proses pemulihan, telah dikembangkan metode rehabilitasi dan pemilihan intervensi harus disesuaikan dengan kondisi pasien (Syahrim, dkk. 2019).

Latihan *Range of Motion* merupakan salah satu bagian dari rehabilitasi mempunyai peranan yang besar untuk mengembalikan kemampuan penderita untuk kembali bergerak, memenuhi kebutuhan sehari-harinya, sampai kembali bekerja. (Nurbaeni, dkk, 2010). Terdapat dua jenis latihan ROM yaitu ROM aktif dan ROM pasif. ROM aktif adalah latihan gerak isotonik (terjadi kontraksi dan pergerakan otot) yang dilakukan pasien dengan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai dengan rentang geraknya yaitu normal, sedangkan ROM pasif adalah pergerakan perawat atau petugas lain yang menggerakkan persendian pasien sesuai dengan rentang geraknya. Latihan ROM

merupakan salah satu bentuk rehabilitasi awal pada penderita stroke (Sugijati, 2016).

ROM pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas pada pasien pasca stroke. Asuhan keperawatan pasien stroke terbagi menjadi dua fase yaitu, fase akut dan fase pasca akut. Pada fase akut tindakan keperawatan ditujukan untuk mempertahankan fungsi vital. Pada fase pasca akut tindakan keperawatan ditujukan untuk mempertahankan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi. Pemberian dua kali latihan ROM setiap hari pada pasien stroke iskemik lebih meningkatkan kemampuan otot daripada satu kali sehari (Chaidir R, 2014).

Menurut Lutfie (2015) Dr. Frank H. Krusen pernah mengadakan riset mengenai rehabilitasi fisik bagi penderita stroke. Dapat diambil kesimpulan dengan rehabilitasi yang tepat, 90% penderita stroke dapat berjalan kembali, 70% dapat mandiri, dan 30% usia produktif dapat kembali beraktiftas dan bekerja. Lewat program mobilisasi, anggota tubuh yang sehat perlu diperkuat untuk menggantikan fungsi anggota tubuh yang sakit. Jika stroke yang dialami ringan, program mobilisasi sudah dapat dijalankan selama 24 jam hingga penderita mampu duduk sendiri. Namun, bagi mereka yang mengalami stroke lanjut (gangguan fungsional berat) baru bisa dimulai dua minggu kemudian.

Latihan ROM pasif juga dapat diberikan dalam bentuk program latihan di rumah dengan terlebih dahulu memberikan edukasi kepada

keluarga pasien. Keluarga dapat membantu pasien untuk melatih pasien melakukan latihan ROM setiap hari di rumah, makadari itu keluarga berperan penting untuk perkembangan pasien (Irfan, 2010). Keluarga merupakan orang terdekat yang dapat mencegah perilaku hipertensi/ stroke melalui modifikasi gaya hidup. Keluarga dapat berfungsi sebagai *peer educator* untuk mempromosikan deteksi stroke dan modifikasi gaya hidup seperti mengontrol hipertensi, DM, penyakit jantung dan aterosklerosis dengan obat dan diit, stop merokok dan minum alkohol, turunkan berat badan dan rajin olahraga, serta mengurangi stres (Amila, Sinaga Jano, dan Sembiring Evarina, 2018).

Pada prinsipnya pemulihan stroke dapat terjadi sepanjang waktu, sekitar 30% penderita stroke akan pulih sempurna atau mendekati sempurna seperti sebelum sakit. Sekitar 50% yang selamat dan berusia di bawah 65 tahun bisa bekerja kembali, sekitar 70% pasien stroke yang bertahan hidup hingga 20 tahun kemudian dan sekitar 30% pasien yang bertahan hidup dengan menderita cacat ringan sampai sedang. Artinya bahwa pada pasien stroke khususnya yang mengalami hemiparesis mempunyai peluang untuk dapat pulih kembali, dengan melakukan rehabilitasi salah satunya yaitu dengan latihan ROM (Syahrim, 2019).

Berdasarkan hasil studi dokumen dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman 2018 untuk penderita stroke di Kabupaten Sleman sebanyak 5.587 penderita stroke hal itu lebih meningkat dibandingkan pada tahun 2017 dengan jumlah 5365 pasien stroke. Didapatkan data dari Dinas Kesehatan

Kabupaten Sleman 2018 untuk kunjungan pasien stroke pada tahun 2017 tertinggi di Puskesmas Sleman dengan jumlah penderita 720 orang, dan terendah di Puskesmas Ngemplak 2 dengan jumlah penderita stroke 25 orang. Hasil data tahun 2018 penderita stroke menurun namun kasus terbanyak masih berada di Puskesmas Sleman dengan jumlah penderita 498 orang. Dari tahun 2017 hingga 2018 kenaikan stroke tertinggi terjadi di Puskesmas Gamping 1, yang mana di tahun 2017 sebanyak 126 penderita stroke naik menjadi 323 penderita stroke di tahun 2018.

Berdasarkan studi pendahuluan di Puskesmas Gamping I yang dilakukan pada awal bulan Desember 2019 ini, didapatkan jumlah kunjungan pasien stroke di Puskesmas Gamping I pada tahun 2018 sebanyak 327 kunjungan. Pada tahun 2019 terhitung dari bulan Januari sampai bulan November didapatkan jumlah kunjungan pasien stroke di Puskesmas Gamping I sejumlah 386 kunjungan. Namun dapat dilihat bahwa jumlah kunjungan pasien stroke di Puskesmas Gamping I setiap bulannya mengalami pasang surut yang tidak menentu. Dapat dilihat bahwa dari tahun 2018 hingga 2019 terjadi peningkatan kunjungan pasien stroke di Puskesmas Gamping I.

Setelah mengetahui bagaimana dampak dan akibat yang diakibatkan oleh stroke, maka dari itu perawat mempunyai peran penting dalam membantu keluarga dengan pasien stroke untuk meningkatkan rentang gerak sendi dan kekuatan otot dalam melakukan kebutuhan *activity daily living* pada pasien stroke di rumah. Berdasarkan data diatas,

maka peneliti tertarik dan memutuskan untuk melakukan penelitian dengan judul “Intervensi *Range Of Motion* (ROM) pada Pasien Stroke untuk Peningkatan Rentang Gerak Sendi pada Dua Keluarga di Dukuh Depok Ambarketawang Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Intervensi *Range Of Motion* (ROM) pada Pasien Stroke untuk Peningkatan Rentang Gerak Sendi pada Dua Keluarga di Dukuh Depok Ambarketawang Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui peningkatan dari intervensi ROM pada pasien stroke.

2. Tujuan khusus

a. Diketuainya penerapan teknik ROM

b. Diketuainya respon pasien yang telah diberikan terapi ROM

c. Diketuainya peran dan keterlibatan keluarga pasien dalam teknik ROM pasien di rumah

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup keilmuan dari penelitian ini yaitu pada bidang keperawatan medikal bedah, dengan gangguan sistem persarafan.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi Ilmu Pengetahuan

Menambah pengetahuan dan wawasan tentang manfaat serta teknik ROM untuk peningkatan rentang gerak sendi pasien stroke. Sebagai kajian pustaka untuk mereka yang akan melakukan penelitian dalam tema yang sama di masa mendatang.

2. Manfaat praktik

a. Bagi Pasien Penderita Stroke dan Keluarga

Memberikan wawasan dalam melakukan teknik terapi ROM untuk meningkatkan rentang gerak sendi dalam membantu pasien untuk meningkatkan aktivitas sehari-hari dan menurunkan ketergantungan terhadap keluarga.

b. Bagi Puskesmas

Berbagi referensi dan pengembangan pelayanan kesehatan khususnya intervensi ROM pada penderita stroke yang mengalami kelemahan untuk meningkatkan rentang gerak sendi.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memperluas literatur dan data dasar yang dapat digunakan sebagai bahan untuk penelitian selanjutnya.

d. Bagi Peneliti dan Peneliti Lain

Meningkatkan wawasan dan pengetahuan tentang intervensi/penerapan *Range Of Motion* (ROM) dalam membantu pasien dalam meningkatkan kebutuhan *activity dailiy living*.