

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mobilitas merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari berupa pergerakan sendi, sikap, gaya berjalan, latihan maupun kemampuan aktivitas (DeLaune & Ladner, 2011). Jika individu mengalami keterbatasan pada gerakan fisik tubuh sehingga mengganggu *Activity Daily Living* (ADL) maka individu tersebut mengalami gangguan mobilitas fisik (Direja, Ade H.S, 2011).

Kondisi individu yang berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik, antara lain stroke, cedera trauma medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Selain itu, individu yang dapat mengalami atau berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik, yaitu lansia, individu dengan penyakit yang menyebabkan penurunan kesadaran tiga hari atau lebih, individu yang kehilangan fungsi anatomic akibat perubahan fisiologik, seperti kehilangan fungsi motorik, klien dengan stroke, klien pengguna kursi roda, pengguna alat eksternal, yaitu gips tau traksi, pembatasan gerakan volunter, ataupun gangguan fungsi motorik dan rangka (Kozier B, Erb G, & Snyder S.J, 2010).

Salah satu kondisi individu yang berisiko mengalami gangguan fisik yang disebutkan di atas adalah stroke. Stroke sendiri merupakan penyebab kematian yang menempati urutan ketiga di Amerika Serikat dan penyebab disabilitas neurologi yang paling sering ditemukan. Stroke menyerang lebih

dari 500.000 individu pertahun dan berakibat fatal pada sekitar separuh individu yang diserang (Kowalak P.J, 2011). Menurut WHO (2010) setiap tahun 15 juta orang seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar 34% pasien menderita kelumpuhan permanen. Satu tahun setelah terjadi serangan stroke pertama, sebanyak 30% dari total pasien akan meninggal, dan sebanyak 40% dari total pasien yang mampu bertahan hidup, akan mengalami ketergantungan terhadap orang lain.

Penyakit stroke di Indonesia sangat meningkat dari 2013 sampai dengan 2018. Tahun 2013 Indonesia memiliki rata-rata prevalensi stroke di setiap provinsi 7% yang kemudian pada tahun 2018 mengalami peningkatan menjadi 10,9% (Depkes RI, 2013). Terdapat kira-kira 2 juta orang penderita stroke yang bertahan hidup dalam kondisi cacat. Angka kejadian stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dalam 1 tahun diantara 100.000 penduduk (Pudiastuti, 2011). Kejadian stroke tertinggi di Indonesia pada 2018 ada pada Provinsi Kalimantan Timur dengan angka kejadian 14,7% yang selanjutnya diikuti oleh Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu 14,6%. Setelah peneliti melakukan studi pendahuluan di RSUD Wates beberapa waktu yang lalu, diperoleh data kunjungan pasien stroke, yaitu 582 pasien dengan keterangan 24% mengalami stroke hemoragik, dan 59% mengalami stroke non hemoragik. Pasien stroke dengan jenis kelamin laki-laki sebanyak 52% dan perempuan sebanyak 48%. Stroke paling tinggi terjadi pada usia lebih dari 65 tahun dengan angka kejadian 63%. Stroke merupakan penyebab cacat badan terbesar dengan akibat penurunan produktifitas kerja atau sumber daya

manusia yang pada akhirnya dapat menjadi beban sosial baik bagi keluarganya maupun masyarakat dan negara pada umumnya (Madiyono & Suherman, 2011).

Dampak fisik yang paling terlihat pada sistem muskuloskeletal dari gangguan mobilitas fisik berupa penurunan kekuatan dan ketangkasan otot, kontraktur yang membatasi mobilitas sendi, kekakuan dan nyeri pada sendi (Kozier B, Erb G & Snyder S.J, 2010). Menurut Potter & Perry (dalam Uda, Muflih, Amigo (2016)) selain pada sistem muskuloskeletal, gangguan mobilitas fisik juga memberikan dampak pada sistem kardiovaskuler, pernapasan, metabolik, perkemihan, pencernaan, dan integumen berupa penurunan kemampuan atau fungsi jantung, pembuluh darah, paru-paru, terganggunya metabolisme tubuh, gangguan fungsi ginjal, kerusakan kulit, serta gangguan pada proses pencernaan. Dampak psikososial dari gangguan mobilitas sendiri yaitu respon emosional yang bervariasi, seperti frustrasi dan penurunan harga diri, apatis, menarik diri, regresi, dan marah serta agresif. Menurunnya kemampuan menyelesaikan masalah dan mengambil keputusan, gangguan pada perkembangan sosial, yaitu terjadi hambatan dalam interaksi dengan orang lain maupun lingkungan dikarenakan kurangnya stimulasi intelektual.

Gangguan mobilitas fisik akan mengakibatkan individu mengalami imobilisasi yang dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem

pernapasan, perubahan kardiovaskular, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi, dan perubahan perilaku (Widuri H, 2010). Kemudian, jika imobilisasi tersebut tidak mendapatkan penanganan yang tepat dapat menimbulkan komplikasi berupa abnormalitas tonus, *orthostatic hypotension*, *deep vein thrombosis* dan kontraktur (Garrison, S.J., 2003).

Individu yang mengalami gangguan gerak akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya maka, perlu dilakukan latihan mobilisasi untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif serta untuk aktualisasi diri, yaitu harga diri dan citra tubuh (Mubarak W.I, Lilis I, Joko S, 2015). DeLaune & Ladner (2011) menyebutkan bahwa terapi latihan memiliki manfaat dapat mengurangi nyeri sendi, kekakuan, meningkatkan kekuatan otot dan tulang, meningkatkan koordinasi dan keseimbangan otot, serta meningkatkan fleksibilitas. Program rehabilitasi sedini mungkin pada individu dengan gangguan mobilitas fisik dalam mempertahankan kenormalan pergerakan persendian, tonus otot, dan mengurangi masalah fleksibilitas sangat diperlukan. Program rehabilitasi sendiri merupakan bentuk pelayanan kesehatan terpadu dengan pendekatan medik, psikososial, *educational-vocational* yang melibatkan multidisiplin (Pongantung H, JMJ Sr Anita S, Melci S.D, 2018).

Salah satu latihan mobilisasi bagian dari proses rehabilitasi yaitu latihan *Range of Motion* (ROM) yang memiliki tujuan untuk meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot. Latihan tersebut dapat dilakukan beberapa kali dalam satu hari yang dimana setiap gerakannya dilakukan pengulangan sehingga pasien tidak mengalami komplikasi yang dapat menghambat pasien untuk mencapai kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari secara mandiri atau dengan bantuan minimal meski dengan keterbatasan fisik (Syahrim W.E.P, Azhar M.U & Risnah, 2019). Hal tersebut terbukti dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurtanti, S. dan Ningrum, W. (2018) bahwa kekuatan otot meningkat setelah diberikan latihan *Range of Motion* (ROM) selama kurang lebih selama 20 menit dalam waktu yang telah ditetapkan satu bulan. Penelitian yang dilakukan oleh Kristiani dalam (Syahrim, W.E.P., Azhar, M.U., Risnah, 2019) juga membuktikan bahwa latihan *Range of Motion* (ROM) dapat meningkatkan maupun mempertahankan kekuatan otot dengan frekuensi latihan *Range of Motion* (ROM) dua kali sehari selama lima hari. Tujuan latihan *Range of Motion* (ROM) untuk mempertahankan dan meningkatkan fleksibilitas dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anita, F., Pongantung, H., Ada, P.V., Hingkam, V. (2018) bahwa ada pengaruh latihan *Range of Motion* (ROM) terhadap rentang gerak sendi setelah diberikan latihan selama lima hari dalam seminggu, dengan pengulangan minimal dua kali sehari dalam waktu lima hingga sepuluh menit.

Menurut Susanti & Bistara D.N (2019) individu dengan gangguan mobilitas fisik perlu latihan *Range of Motion* (ROM) guna mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, mobilitas persendian, dan menstimulasi sirkulasi. Selain itu, latihan *Range of Motion* (ROM) 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 paska perawatan di rumah sakit sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan pasien pada keluarga (Marlina, 2011).

Melihat pentingnya penatalaksanaan tindakan keperawatan dan melihat peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat, *educator*, koordinator, kolaborator, konsultan dan pembaharu dalam menangani maupun mengurangi kelemahan otot atau kecacatan ekstremitas pada pasien, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian observasi dengan judul “Gambaran Penerapan *Range of Motion* (ROM) Pasif pada Pasien dengan Masalah Keperawatan Mobilitas Fisik : Stroke”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang dapat diambil dari pernyataan di atas yaitu “Bagaimanakah gambaran penerapan *Range of Motion* (ROM) pasif pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik : stroke di RSUD Wates?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Mengetahui gambaran penerapan *Range of Motion* (ROM) pasif pada pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik : stroke di RSUD Wates.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui gambaran karakteristik gangguan mobilitas fisik pasien.
- b. Mengetahui gambaran teknik *Range of Motion* (ROM) pasif.
- c. Mengetahui gambaran respon pasien yang diberikan terapi *Range of Motion* (ROM) pasif.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Manfaat hasil penelitian secara teoritis diharapkan memberikan data tentang penerapan teknik *Range of Motion* (ROM) pasif pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik.

2. Manfaat praktis

a. Bagi pasien

Penelitian ini untuk pasien bermanfaat dalam memenuhi kebutuhan mobilitas fisik dengan latihan *Range of Motion* (ROM).

b. Bagi perawat

Perawat mendapatkan pengalaman melatih *Range of Motion* (ROM) dari penerapan *Range of Motion* (ROM) pasif. Perawat mampu mengobservasi kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan

sehari-hari dan menilai kekuatan otot pasien selain membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan *Activity Daily Living* (ADL)-nya.

c. Bagi Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Manfaat yang diperoleh mahasiswa yaitu mendapatkan pengalaman penelitian tentang penerapan *Range of Motion* (ROM) pasif kepada pasien.