

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Mobilitas adalah proses kompleks yang membutuhkan adanya koordinasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem saraf. Mobilitas fisik merupakan kemampuan individu untuk bergerak bebas secara teratur agar kebutuhan aktivitas terpenuhi sehingga individu dapat mempertahankan kesehatannya untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Azizah & Wahyuningsih 2020, h. 36). Gangguan atau kelainan fungsi fisik disebut juga dengan gangguan mobilitas fisik atau imobilitas didefinisikan oleh Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai suatu keadaan dimana individu mengalami keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Menurut *World Health Organization* (2016) dari 33 juta penderita stroke di dunia lebih dari 12 juta mengalami kecacatan permanen, lebih dari 75% kasus penderita mengalami kecacatan yang membuatnya sulit untuk mendapatkan pekerjaan, dan lebih dari 80% kasus Klien mengalami disfungsi motorik yang membutuhkan terapi rehabilitasi dan sekitar 34% kasus Klien menderita kelumpuhan permanen (Kim *et al.*, 2017). Sekitar 90% atau Klien yang terserang stroke tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan sebagian anggota badan (Nursyiham *et al.*, 2019). Menurut Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI (2018) menunjukkan jumlah penderita stroke

yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik di seluruh dunia setiap tahun terus meningkat.

Stroke non hemoragik terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah ke otak. Sumbatan ini disebabkan karena adanya penebalan dinding pembuluh darah yang disebut dengan atherosclerosis dan tersumbatnya darah dalam otak oleh emboli yaitu bekuan darah yang berasal dari thrombus di jantung. Pada tahun 2011 WHO menyatakan bahwa, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia menderita stroke (Permatasari 2020, h. 300). Salah satu gejala yang timbul pada pasien SNH adalah hemiparesis yang mengganggu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Oleh sebab itu, sebagian besar penderita stroke non hemoragik cenderung akan mengalami gangguan mobilitas fisik. Berdasarkan hasil penelitian Sari, Agianto, dan Wahid (2018) yang berjudul Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke bahwa pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Sebanyak 70,0% pasien dengan gangguan mobilitas fisik mengalami penurunan kekuatan otot baik secara kategori isotonik maupun isokinetik (Maimurahman & Fitria, 2012). Selain penurunan kekuatan otot, juga terjadi penurunan rentang gerak (ROM) sekitar 59,3% dengan derajat fleksi 125,27°, ekstensi 28,27° dan 19,02% seseorang akan mengalami rasa nyeri saat melakukan pergerakan ringan hingga sedang (Sari et al., 2018). Kejadian diatas menyebabkan 79,5 % seseorang enggan melakukan pergerakan karena akan

menimbulkan gerakan-gerakan yang tidak dikehendaki serta gerakan terbatas (Lilis & Harini, 2010). Disfungsi motorik yang tidak mendapatkan penanganan yang baik akan menimbulkan berbagai tingkat gangguan seperti penurunan tonus otot, hilangnya sensibilitas pada sebagian anggota tubuh, menurunnya kemampuan ekstremitas untuk menggerakkan anggota tubuh yang sakit dan ketidakmampuan dalam hal melakukan aktivitas tertentu. Apabila mobilisasi tidak dilakukan akan menyebabkan kontraktur. Kontraktur dapat menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan aktivitas sehari-hari dan cacat seumur hidup (Satyanegara, 2010). Dampak apabila gangguan mobilitas fisik tidak segera ditangani maka penderita akan cenderung menggunakan bagian tubuh yang tidak lumpuh untuk melakukan gerakan dan kekuatan otot menjadi berkurang yang mengakibatkan ekstremitas cenderung jatuh ke satu sisi sehingga bagian tubuh yang lemah akan menimbulkan kecacatan permanen dan tidak mampu untuk menjaga keseimbangan (Imhof *et al.*, 2015).

Melakukan mobilisasi sedini mungkin saat kondisi neurologis dan hemodinamik penderita sudah membaik atau stabil dapat meminimalisasi terjadinya komplikasi-komplikasi tersebut. Untuk mencegah terjadinya komplikasi terutama kontraktur, mobilisasi harus dilakukan secara rutin dan terus-menerus. Terapi non farmakologi yang dapat diberikan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik adalah latihan rentang gerak atau sering yang disebut *Range Of Motion* (ROM) merupakan latihan rentang gerak yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan

kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Nurtanti & Ningrum 2018, h. 15).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Eka Pratiwi Syahrim *et al.*, (2019) menyebutkan bahwa latihan yang paling efektif dan optimal adalah latihan yang tidak membuat kelelahan dan durasi pendek tapi dapat dilakukan sesering mungkin, salah satu latihan yang bisa dilakukan yaitu *Range Of Motion* (ROM). Penelitian yang dilakukan Rima Fitriani, Erni Forwaty, dan Melly (2022) mendapatkan hasil adanya peningkatan kekuatan otot pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik setelah diberikan latihan ROM selama kurang lebih 20 menit. Berdasarkan penelitian lain yang dilakukan oleh Indriyani (2019) selama 3x24 jam dengan frekuensi 2x sehari ternyata secara teori efektif dilakukan untuk meningkatkan mobilitas didapatkan hasil ektermalitas yang lemah sudah bisa digerakkan setelah melakukan latihan ROM. Latihan ini salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme coping penderita.

Mengingat pentingnya implementasi penatalaksanaan tindakan keperawatan dalam mengurangi kecacatan dan kelemahan otot ekstremitas pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian observasi dengan judul “Implementasi ROM (*Range Of*

Motion) pada Ny. R dengan gangguan mobilitas pada kasus stroke non hemoragik fisik di Ruang Bougenville RSUD Cilacap”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pernyataan diatas, maka rumusan masalah yang dapat diambil yaitu “Bagaimanakah implementasi ROM (*Range Of Motion*) pada Ny. R dengan gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke non hemoragik di Ruang Bougenville RSUD Cilacap?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan implementasi ROM (*Range Of Motion*) pada Ny. R gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke non hemoragik di Ruang Bougenville RSUD Cilacap.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien gangguan mobilitas fisik
- b. Mendeskripsikan perumusan diagnosis keperawatan pada pasien gangguan mobilitas fisik
- c. Mendeskripsikan intervensi pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik
- d. Mendeskripsikan implementasi ROM (*Range Of Motion*) pada pasien gangguan mobilitas fisik
- e. Mendeskripsikan respon yang muncul pada pasien gangguan mobilitas fisik selama perawatan

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Pasien

Tindakan ROM (*Range Of Motion*) diharapkan dapat membantu proses penyembuhan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik. Serta menambah pengetahuan, wawasan, dan tata cara ROM (*Range Of Motion*) pada gangguan mobilitas fisik.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Dapat dijadikan pertimbangan dalam memberikan suatu asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan sumber pustaka di Universitas Al-Irsyad Cilacap dan dapat bermanfaat bagi mahasiswa yang ingin mengetahui lebih lanjut judul gangguan mobilitas fisik dengan implementasi ROM (*Range Of Motion*) secara nyata.