

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke adalah suatu penyakit neurologis atau sindrom yang ditandai dengan gangguan fungsional yang berkembang cepat akibat gangguan otak (Irfan, 2010). Stroke merupakan masalah neurologik primer yang ada di dunia. Serangan stroke yang akut menyebabkan kecacatan fisik dan mental maupun tingginya angka kematian yang mendadak, baik pada usia produktif maupun usia lanjut. Diperkirakan satu dari tiga orang akan mengalami stroke dan satu dari tujuh orang akan meninggal karena stroke. Stroke akan menjadi beban bagi penderita dan keluarganya. Hal ini tentunya dapat menjadi faktor penghambat bagi pembangunan (Junaidi, 2011)

Menurut WHO tahun 2016, 15 juta orang diseluruh dunia menderita stroke setiap tahunnya. Dari jumlah tersebut, 5 juta orang meninggal dunia dan 5 juta lainnya mengalami kecacatan yang permanen. Di Indonesia, dari hasil data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menemukan prevalensi penderita penyakit stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosis nakes tertinggi di Sulawesi Utara 10,8 %, sedangkan Provinsi Papua memiliki jumlah penderita paling sedikit yaitu sebanyak 2,3 %. Untuk Provinsi Gorontalo, prevalensi penderita penyakit stroke memiliki jumlah penderita sebanyak 8,3 %. Khusus di Rumah Sakit Umum Daerah. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo berdasarkan data dari rekam medis jumlah penderita

stroke pada tahun 2015 sebanyak 314 orang, pada tahun 2016 sebanyak 314 orang, dan pada tahun 2017 sebanyak 353 orang, ini memperlihatkan bahwa terjadi peningkatan pasien stroke.

Dalam kondisi patologi stroke dibagi dalam dua yaitu Stroke Hemoragik dan Stroke Non Hemoragik. Stroke Hemoragik terjadi akibat dari pecahnya pembuluh darah yang menuju ke otak (Pudiastuti, 2013). Sedangkan Stroke Non Hemoragik terjadi ketika pembuluh darah ke otak mengalami sumbatan oleh bekuan darah (Irfan, 2010). Menurut Hartono, Yulianti, Isneini (2009), tanda dan gejala stroke antara lain perubahan tingkat kesadaran, terhambatnya kemampuan untuk bergerak, hilangnya kemampuan dalam berbahasa atau afasia, bicara cadel atau pelo, konsentrasi menurun dan gangguan sensorik dan motorik.

Gangguan sensorik dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, gangguan kontrol motorik hingga menimbulkan cacat fisik yang permanen. Cacat fisik dapat mengakibatkan seseorang kurang produktif. Apabila tidak diantisipasi maka kelemahan yang terjadi akan menyebabkan ketergantungan dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari seperti berpakaian, makan, mengambil benda dan menggunakan kamar mandi. (Irfan, 2010). Gangguan pada tangan seperti kelemahan yang terjadi pada pasien stroke non hemoragik dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien (disabilitas), sehingga akan membatasi atau menghalangi penderita untuk berperan secara normal, baik sebagai pribadi, anggota keluarga maupun anggota masyarakat. Gofir, 2009 (dalam Astriani, Ariana, 2016).

Menurut Kadek, Sukawan, Wayan, Ketut, 2014 (dalam Sulistiawan & Husna, 2014), sebanyak 55% pasien stroke non hemoragik lebih banyak mengalami kelemahan tangan khususnya pada jari-jari tangan yang disebabkan tidak adanya implus yang dikirimkan ke jari-jari tangan dan tidak ada gerakan sehingga kekuatan otot jari-jari tangan akan menurun. Untuk mengevaluasi kelemahan ini akan dinilai melalui kekuatan otot. Kekuatan otot adalah kemampuan otot atau sekelompok otot dalam melakukan kerja seperti menggerakkan anggota tubuh saat berlari, berjalan dan mengangkat. Kekuatan otot ini dipengaruhi oleh faktor latihan yang teratur dan terencana secara sistematis (Wiarso, 2013).

Menurut Asmadi tahun 2008, salah satu cara untuk meminimalkan masalah tersebut adalah dengan memerlukan suatu upaya rehabilitasi yang terpadu sehingga terjadi pemulihan secara terpadu dan sedini mungkin. Semakin cepat dilakukan maka semakin besar kemungkinan pengembalian fungsi, juga komplikasi akibat imobilisasi dapat dicegah dan kecacatan lebih lanjut dapat dihindari sehingga dapat mandiri tanpa tergantung pada orang lain. Rehabilitasi pasca stroke tersebut meliputi latihan bicara, latihan mental, terapi okupasi, psikoterapi, memberi alat bantu, olahraga dan pemberian latihan fisik/fisioterapi seperti latihan fungsional tangan (dalam Anggraini, Wulandari, 2017).

Salah satu terapi aktif yang dapat diberikan pada pasien stroke non hemoragik adalah latihan fungsional tangan. Latihan fungsional tangan berupa latihan menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan (Prok, Gessal, & Angliadi, 2016), Misalnya bola karet halus dan bola karet

bergerigi. Latihan menggenggam bola karet halus akan merangsang serat-serat otot tangan untuk berkontraksi. Kekuatan menggenggam yang terus ditambah tiap harinya dapat membantu otot untuk terus berkontraksi serta dapat melatih reseptor sensorik dan motorik. Selain itu juga, penggunaan bola karet halus dapat membuat otot genggam jarak antara jari-jari semakin luas (Irfan, 2010). Sedangkan menurut Linberg *et al* tahun 2004 (dalam Chaidir, Zuardi 2014), jika menggunakan bola karet bergerigi, tonjolan-tonjolan kecil yang terdapat pada permukaannya dapat menstimulasi titik akupresur pada tangan yang akan memberikan stimulus ke syaraf sensorik pada permukaan tangan kemudian diteruskan ke otak. Akupresur inilah yang bermanfaat dalam memperbaiki fungsi ekstremitas atas melalui efeknya untuk melancarkan pergerakan aliran *qi* (energi vital dan merupakan unsur dasar dari seluruh bentuk pergerakan di dalam tubuh). Sebastian, 2009 (dalam Adam, Elly Nurachmah, Agung Waluyo, 2014). Menurut Sin & Lee, 2007 (dalam Adam, Elly Nurachmah, Agung Waluyo, 2014), Titik-titik akupunktur terkait fungsi ekstremitas atas terdapat pada area skapula, yaitu *Large Intestine* (LI) 15, *Small Intestine* (SI) 9, *Triple Energizer* (TE) 14, *Gallbladder* (GB) 21, *Small Intestine* (SI) 11 dan *Small Intestine* (SI) 12.

Pada penilitan terhadap pengaruh latihan ROM pada ekstemitas atas dengan bola karet terhadap kekuatan otot yang dilakukan oleh Chaidir & Zuardi (2014) menunjukkan bahwa bola karet berpengaruh untuk meningkatkan kekuatan otot ekstermitas atas sehingga dapat meningkat kekuatan otot pada pasien stroke.

Berdasarkan hasil observasi awal diruangan G2 neuro RSUD. Prof. Dr. H. Aloi Saboe Kota Gorontalo didapatkan 5 pasien stroke non hemoragik yang

mengalami kelemahan otot di satu sisi (hemiparesis). 2 pasien dilakukan wawancara bahwa pasien hanya diberikan latihan ROM aktif 2x seminggu setiap pagi dan dianjurkan untuk latihan ROM aktif secara mandiri atau bisa dengan bantuan keluarga. Untuk terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi belum dilakukan oleh pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di ruangan rawat inap G2 Neuro RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

1.2 Identifikasi Masalah

1. Berdasarkan hasil data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi penderita penyakit stroke di provinsi Gorontalo memiliki estimasi jumlah penderita sebanyak 8,3 %.
2. Khusus di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo berdasarkan data dari rekam medis jumlah penderita stroke pada tahun 2015 sebanyak 314 orang, pada tahun 2016 sebanyak 314 orang, dan pada tahun 2017 sebanyak 353 orang ini memperlihatkan bahwa terjadi peningkatan pasien stroke.
3. Berdasarkan hasil observasi awal diruangan G2 neuro RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo didapatkan 5 pasien stroke non hemoragik yang mengalami kelemahan otot di satu sisi (hemiparesis). 2 pasien dilakukan wawancara bahwa pasien hanya diberikan latihan ROM aktif 2x seminggu setiap pagi dan dianjurkan untuk latihan ROM aktif secara mandiri atau bisa

dengan bantuan keluarga. Untuk terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi belum dilakukan oleh pasien.

4. Kelemahan otot dapat menyebabkan ketergantungan dalam melaksanakan aktifitas sehari-hari seperti berpakaian, makan, mengambil benda dan menggunakan kamar mandi dan dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

1.3 Rumusan Masalah

Adakah pengaruh terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kekuatan otot pasien stroke non hemoragik sebelum dilakukan terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya kekuatan otot pasien stroke non hemoragik sebelum dilakukan terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.
2. Diketuainya kekuatan otot pasien stroke non hemoragik sesudah dilakukan terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo.

3. Diketuainya dan menganalisis pengaruh terapi aktif menggenggam bola karet bergerigi terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di RSUD. Prof. Dr. Aloei Saboe Kota Gorontalo

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah wawasan keilmuan terutama bagaimana cara memberikan terapi latihan menggenggam bola karet bergerigi terhadap kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Sebagai bahan masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan pelayanan pada pasien stroke non hemoragik di RSUD. Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo yang mengalami kelemahan otot pada pasien stroke non hemoragik

2. Bagi keperawatan

Sebagai bahan masukan bagi perawat dalam mencegah terjadinya peningkatan komplikasi dari pada pasien stroke non hemoragik.

3. Bagi peneliti

Sebagai sumber informasi bagi peneliti dalam meningkatkan pengetahuan tentang upaya untuk melatih kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

