

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

*Stroke* adalah penyakit neurologis terbanyak yang dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius dan berdampak pada *disfungsi motorik* dan *sensorik*. Kelemahan fungsi motorik yang dapat terjadi antara lain: kelemahan menggerakkan kaki, kelemahan menggerakkan tangan, kelemahan untuk bangun dari tempat tidur, kelemahan untuk duduk, kelemahan untuk aktifitas sehari-hari, ketidakmampuan bicara, dan ketidakmampuan fungsi motorik lainnya (Carpenito-Moyet, Lynda Juall. 2007). *Stroke* secara nyata menjadi penyebab kematian dan kecacatan di seluruh dunia. *Stroke* memiliki dampak emosional dan sosial-ekonomi besar pada pasien, keluarga, dan layanan kesehatan. Tanda utama *stroke* adalah munculnya secara mendadak satu atau lebih defisit neurologik focal. Setelah *stroke* yang pertama, umumnya *stroke* bisa terjadi lagi dengan kondisi yang sudah parah ini terjadi pada penderita yang kurang kontrol diri atau sudah merasa puas setelah mengalami penyembuhan (pasca *stroke* yang pertama), sehingga tidak lagi memeriksakan diri. Padahal jika *stroke* sampai berulang artinya terjadi pendarahan yang lebih luas akan menyebabkan prognosa yang lebih parah dari serangan pertama (Stein, et al., 2009).

Selama ini banyak keluarga yang beranggapan bahwa pasien *post stroke* perawatannya biasa, sehingga pada tahap rehabilitasi awal yaitu mobilisasi kurang penting untuk dilakukan. Pasien pasca *stroke* yang dirawat di rumah tidak dilatih mobilisasi memiliki resiko terhadap kelangsungan hidupnya, diantaranya

ketergantungan dalam melakukan aktifitas sehari-hari, adanya resiko kecacatan (hemiparise dan hemiplegi), dan *stroke* berulang. Mobilisasi merupakan kemampuan orang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi bertahap yang dibutuhkan oleh pasien *stroke* dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk menunjang pemulihan pasca *stroke* dan mempertahankan kesehatan (Auryn, 2007).

Menurut WHO, 15 juta orang di dunia mengalami *stroke* setiap tahunnya. 15 juta orang penderita *stroke*, 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang lagi mengalami kecacatan permanen dan menjadi beban bagi keluarganya (Brunner & Suddarth, 2002). Menurut *American Heart Association*, insidensi penyakit *stroke* di Amerika Serikat mencapai 500.000 atau 85,5% pertahun dari total kematian akibat *stroke* di seluruh dunia terjadi di negara berkembang (Japardi, 2002). Ada pendapat yang menyatakan bahwa kondisi tersebut terkait dengan keadaan ekonomi negara (Kamal et al., 2009). Di Indonesia, insiden dan prevalensi *stroke* belum diketahui secara pasti. Diperkirakan 500.000 penduduk terkena *stroke* setiap tahunnya, sekitar 2,5% atau 125.000 orang meninggal, dan sisanya cacat ringan hampir setiap hari, atau minimal rata-rata minimal 3 hari sekali ada seorang penduduk Indonesia, baik tua maupun muda meninggal dunia karena serangan *stroke* (Depkes, 2009). Berdasarkan data hasil dari Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) prevalensi *stroke* di Indonesia 7,0%. Prevalensi penderita *stroke* di Jawa Timur sebanyak 9,1% (Kemenkes, 2013). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan pada bulan Maret sampai Mei 2015 terdapat 548 penderita *stroke*. Lima Kecamatan yang memiliki penderita *stroke*

terbanyak diantaranya di Kecamatan Parang sebesar 48 orang, Kecamatan Ngrariboyo sebesar 71 orang, Kecamatan Kawedanan sebesar 44 orang, Kecamatan Karas sebesar 38 orang, Kecamatan Takeran sebesar 40 orang. Menurut data diatas menunjukkan di Puskesmas Ngariboyo Kecamatan Ngariboyo Kabupaten Magetan pada bulan Maret samapai Mei 2015 merupakan kecamatan yang memiliki penderita *stroke* paling banyak dari pada puskesmas yang lain.

Penyebab *stroke* diakibatkan oleh trombosis, embolisme serebral, iskhemia, dan hemoragi serebral. *Stroke* terjadi akibat adanya gangguan suplai darah ke otak. Ketika aliran darah ke otak terganggu, maka oksigen dan nutrisi tidak dapat dikirim ke otak. Kondisi ini akan mengakibatkan kerusakan sel otak mati (Smeltzer dan Bare, 2001). Masalah yang ditimbulkan oleh *stroke* bagi kehidupan manusia sangat kompleks. Adanya gangguan fungsi vital otak seperti gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan, gangguan kontrol postur, gangguan sensasi, dan gangguan refleks gerak akan menurunkan kemampuan aktivitas fungsional individu sehari-hari. Tujuan perawatan *stroke* agar individu yang mengalami *stroke* kembali mandiri dan produktif, pada kenyataannya tingkat kemajuan dan pemulihan pasien *stroke* akan berbeda-beda untuk setiap orang (Sustrani, 2006). *Stroke* dapat berdampak pada berbagai fungsi tubuh, diantaranya adalah defisit motorik berupa hemiparese. (Astrid, dkk, 2011).

Pada pasien *stroke*, hal-hal yang berkaitan dengan fungsi sistem sensorik dan motorik mengalami disfungsi sehingga akan mengalami kecacatan, untuk itu penderita *stroke* membutuhkan program rehabilitasi. Program rehabilitasi adalah pelayanan kesehatan yang terpadu dengan pendekatan medik, psikososial,

*educational-vocational* yang melibatkan multidisiplin. Hal ini dikarenakan, terapi dan rehabilitasi yang tepat dapat secara signifikan meningkatkan peluang kelangsungan hidup pasien serta pemulihannya setelah *stroke*. Pada fase rehabilitasi ada tiga tujuan yang harus dicapai yaitu pencegahan keterbatasan lebih lanjut, meningkatkan kemampuan yang ada, dan mengembalikan fungsi tubuh sedapat mungkin (Misbach, 2007).

Salah satu bentuk rehabilitasi awal pada penderita *stroke* adalah dengan memberikan mobilisasi. Mobilisasi yang awal juga mungkin mengurangi semua komplikasi yang berhubungan dengan tempat tidur seperti pneumonia, *Deep Vena Thrombosis (DVT)*, emboli pulmoner, dekubitus, dan masalah tekanan darah orthostatik. Penelitian yang ada menunjukkan bahwa mobilisasi yang sangat awal adalah salah satu faktor kunci dalam perawatan pasien *stroke* (Gofir, 2007). Mobilisasi secara tahap demi tahap sangat berguna untuk membantu jalannya penyembuhan pasien. Perubahan gerakan dan posisi harus diterangkan pada pasien atau keluarga yang mendampingi. Pasien dan keluarga akan dapat mengetahui manfaat mobilisasi, sehingga akan berpartisipasi dalam pelaksanaan mobilisasi (Susan J. Garrison, 2004).

Mobilisasi pada pasien pasca *stroke* secara garis besar dibagi menjadi 2, yaitu mobilisasi secara pasif dan mobilisasi secara aktif. Mobilisasi secara pasif yaitu mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu dengan orang lain secara total atau keseluruhan. Mobilisasi aktif yaitu dimana pasien dalam latihan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain termasuk keluarga (Susan J. Garrison, 2004). Mobilisasi dapat juga diberikan dalam bentuk program latihan di rumah dengan terlebih dahulu

memberikan edukasi pada keluarga pasien. Keterlibatan keluarga dalam program di rumah akan memberikan manfaat yang sangat baik dalam menjalankan program *24 hours physiotherapy*. Namun Hasil penelitian Anggraini Risca Gerhanasari (2014) didapatkan perilaku keluarga dalam perawatan fisik pasien pasca *stroke* di poli syaraf RSUD Dr. Hardjono Ponorogo diinterpretasikan (57,4%) atau 31 responden berperilaku negatif dan (42,6%) atau 23 responden berperilaku positif. Hal ini dipengaruhi oleh faktor usia, pendidikan, pekerjaan, frekuensi mendapat informasi, faktor pendidikan, informasi, dan sumber informasi responden berperilaku positif.

Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai, dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat (Widayatun, 2006). Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud peran manusia adalah semua perilaku atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Peran keluarga sangat penting peranannya dimana keluarga sebagai orang pertama yang berhubungan dengan pasien pasca *stroke*, peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat kegiatan yang berhubungan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran keluarga yang positif dalam merawat pasien pasca *stroke*, akan mendorong kemandirian pasien secara berangsur-angsur. Sasaran pengobatan dititikberatkan pada tindakan perawatan, rehabilitasi, pencegahan komplikasi, dan terjadinya *stroke* berulang.

Peran keluarga sangat penting saat salah satu anggota keluarga mengalami masalah kesehatan dan diperlukan guna meringankan kecacatan pada cacat primer dan pencegahan terhadap keadaan cacat berat. Sehingga peran keluarga dalam

praktik mobilisasi Dalam hal ini peran anggota keluarga dalam membantu pemenuhan kebutuhan mobilisasi pasien *stroke* sangat penting. Namun hendaknya pihak keluarga menerima informasi dari pihak rumah sakit (tenaga perawat) maupun bantuan psikososial tentang perawatan keluarga yang terkena *stroke* (Feigin, 2006). Pada umumnya, perawatan pasien pasca *stroke* dirumah dilakukan karena adanya gejala sisa seperti kelumpuhan pada satu sisi, status mental yang terganggu, masalah emosional, dan masalah komunikasi. Masalah yang muncul jika peran keluarga dalam praktik mobilisasi tidak terpenuhi antara lain akan terjadi dekubitus, kekakuan atau penegangan otot diseluruh tubuh, terganggunya sirkulasi, dan bahkan bisa terjadi hemiparesis dan kelumpuhan (Vitahealth, 2006).

Sehubungan dengan meningkatnya penderita *stroke* saat ini dan pentingnya keluarga dalam melakukan perawatan pasien pasca *stroke*, peneliti tertarik melakukan penelitian terhadap peran keluarga dalam praktik mobilisasi pasien pasca *stroke* diharapkan keluarga dapat lebih meningkatkan perawatan kepada pasien tersebut untuk meminimalkan terjadinya kecacatan fisik dan ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan “Bagaimana Peran Keluarga Dalam Praktik Mobilisasi Pasien Pasca *Stroke* di Wilayah Kerja Puskesmas Ngariboyo Kecamatan Ngariboyo Kabupaten Magetan”?.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui Peran Keluarga Dalam Praktik Mobilisasi Pasien Pasca *Stroke* di Wilayah Kerja Puskesmas Ngariboyo Kecamatan Ngariboyo Kabupaten Magetan.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi tingkat pendidikan keluarga dalam praktik mobilisasi pasien pasca *stroke*.
2. Mengidentifikasi status ekonomi keluarga dalam praktik mobilisasi pasien pasca *stroke*.
3. Mengidentifikasi pekerjaan keluarga dalam praktik mobilisasi pasien pasca *stroke*.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

1. Bagi IPTEK

Dijadikan dasar penelitian lebih lanjut yang berkaitan Peran Keluarga Dengan Praktik Mobilisasi Pasien Pasca *Stroke*.

2. Bagi Institusi (Fakultas ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo)

Bagi dunia keperawatan khususnya Prodi D III Keperawatan Universitas Muhammadiyah ponorogo diharapkan hasil penelitian dijadikan untuk pengembangan ilmu dan teori keperawatan pada mata kuliah keperawatan medikal bedah khususnya mata kuliah Neurologis.

### 3. Bagi Peneliti

Sebagai sarana Peneliti dalam menerapkan ilmu riset keperawatan yang telah didapatkan di bangku kuliah, serta riset ini digunakan sebagai salah satu syarat kelulusan di Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

##### 1. Bagi Keluarga Pasien

Memberikan informasi tentang pentingnya mobilisasi agar peran keluarga dalam praktik mobilisasi pasien pasca *stroke* efektif.

##### 2. Bagi Perawat

Meningkatkan wawasan dan pengetahuan tentang pentingnya mobilisasi pasien pasca *stroke* dan dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam perencanaan dan pelaksanaan *home care* yang optimal.

##### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan karya tulis ini dapat digunakan untuk peneliti selanjutnya sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

#### **1.5 Keaslian Tulisan**

Beberapa penelitian serupa yang pernah dilakukan, antara lain adalah :

1. Dewi Nurkhasanah (2011), Gambaran Peran Keluarga Dalam Proses Rehabilitasi Pasien Pasca *Stroke* Di Poliklinik Penyakit Syaraf RSUD dr. Sayidiman Magetan. Pengambilan sampel secara *total sampling* sebanyak 30 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Persamaan dengan penelitian oleh Dewi Nurkhasanah adalah



menggunakan jenis penelitian deskriptif. Perbedaannya terletak pada variabel yang diteliti. Peneliti melakukan penelitian terhadap peran keluarga dalam praktik mobilisasi pasien pasca *stroke*, sedangkan Dewi Nurkhasanah meneliti tentang rehabilitasi pasien *stroke*.

2. Lestari Niken (2007), Peran keluarga Dalam Upaya Pencegahan Kekambuhan *Stroke* di Poli Saraf RSUD Dr. Hardjono Ponorogo. Desain penelitian ini adalah deskriptif, populasi penelitian adalah keluarga yang mempunyai anggota keluarga *stroke* yang di bawa ke poli saraf RSUD Dr. Hardjono ponorogo. Teknik pengambilan data menggunakan *purposive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuisisioner. Persamaan dengan peneliti ini adalah menggunakan desain penelitian yaitu deskriptif dan sama meneliti tentang pasien pasca *stroke*. Perbedaannya adalah terletak pada subyek dan variabel, peneliti Niken Lestari yaitu meneliti upaya pencegahan kekambuhan *stroke* dan peneliti meneliti praktik mobilisasi pasien pasca *stroke*.
3. Dwi Ayu Putri Lestari (2014), Pemenuhan Kebutuhan Dasar (Maslow) Pada Pasien Pasca *Stroke*. Desain penelitian ini adalah deskriptif, populasi penelitian adalah pasien pasca *stroke* yang di bawa ke poli saraf RSUD Dr. Sayidiman Magetan. Teknik sampling menggunakan *purpossive sampling*, dengan jumlah 40 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner. Perbedaan penelitian adalah peneliti Dwi Ayu meneliti Pemenuhan KDM, sedangkan peneliti meneliti peran keluarga mobilisasi. Persamaan dengan peneliti menggunakan desain deskriptif dan sama meneliti pasien pasca *stroke*.