

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Stroke merupakan sindrom klinis akibat gangguan pembuluh darah otak, timbul mendadak dan biasanya mengenai penderita usia 45-80 tahun (Rasyid dan Soertidewi, 2007). Penderita stroke membutuhkan program rehabilitasi karena terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Sugiarto, 2004 dalam Widodo, 2009). Program rehabilitasi adalah bentuk 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 pemulihan setelah stroke (Misbach, 2004 dalam Widodo, 2009). Salah satu bentuk rehabilitasi awal pada penderita stroke dengan memberikan mobilisasi adalah salah satu faktor kunci dalam perawatan pasien stroke (Gofir, 2009).

Data hasil penelitian epidemiologi memperlihatkan di Amerika Serikat tercatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke (Adam, 2014). Angka kejadian Stroke di Dunia mencapai 200 per 100.000 penduduk dalam setahun, sebanyak 52% mengalami kecacatan permanen, sebanyak 23% mengalami kecacatan ringan dan sebanyak 25% dapat menghindari dari kecacatan setelah melakukan rehabilitasi (Fadilah, 2008), Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar Kemenkes

RI tahun 2007 jumlah penderita stroke 8,3 per 1000 penduduk. Kemudian di tahun 2013 melonjak menjadi 12,1 per 1000 penduduk (Desideria, 2014). Berdasarkan penelitian Artati (2011) perbedaan status fungsional pasien stroke saat masuk dan keluar di ruang Merak II RSUD Arifin Achmad Pekanbaru didapatkan adanya peningkatan yang signifikan rata-rata kemampuan fungsional pre dan post intervensi pada kelompok eksperimen ( $p$  value=0,001) serta adanya perbedaan yang bermakna rata-rata kemampuan fungsional antara post pada kelompok intervensi dan post pada kelompok kontrol ( $p$  value =0,023). Provinsi Jawa Timur yaitu sebesar 25.713 jiwa yang menyebar di sembilan puskesmas yang berada di Kota Kediri setelah Kota Pasuruan, Probolinggo, dan Madiun yang mana hipertensi merupakan faktor dominan terhadap kejadian stroke. Hal ini diketahui berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur yang menunjukkan jumlah angka hipertensi di Jawa Timur mencapai 275.000 jiwa yang mana memiliki faktor resiko stroke (Dinkes Jatim, 2010). Penelitian dilakukan di RSUD Dr Hardjono Ponorogo, rumah sakit negeri di Kabupaten Ponorogo yang menyediakan pelayanan pasien stroke seperti ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD), *Intensive Care Unite (ICU)*, rawat inap, Poli syaraf, dan Poli Rehabilitasi. Menurut rekam medik di RSUD Dr Hardjono Ponorogo tahun 2011 jumlah pasien Stroke 2578, pada tahun 2012 mengalami penurunan sebanyak 18,6% menjadi 2098, pada tahun 2013 mengalami kenaikan sebanyak 18,9% menjadi 2494, pada tahun 2014 jumlah pasien stroke 5530 (rekam medik di RSUD Dr Hardjono Ponorogo, 2015).

*Stroke* sebagai salah satu penyakit gangguan pembuluh darah otak dapat mengakibatkan cacat fisik yang disebut *hemiplegy* (kelumpuhan separo), Sel-sel saraf yang mengalami iskemik, 80% *Cerebral blood flow* (*CBF*) 10 ml/100 gr jaringan otak/menit) akan mengalami kerusakan *irreversible* dalam beberapa menit (Muttaqin, 2008). Faktor Risiko Stroke Menurut *University of Pittsburgh Medical Center* (2003) dan *American Heart Association* (2007), ada dua jenis faktor risiko stroke yaitu faktor risiko yang tidak dapat diubah/ dikontrol dan faktor risiko yang dapat dikontrol. Menurut Mutaqin (2008), penyebab stroke terdiri dari trombosis Serebral, hemoragi, hipoksia umum, hipoksia Setempat. Rehabilitasi Stroke merupakan bagian yang sangat penting dari upaya pemulihan pada pasien pasca Stroke. Mobilisasi Stroke dapat membantu pasien Stroke dalam banyak hal yaitu membangun kekuatan, koordinasi, daya tahan atau ketahanan dan rasa percaya diri. Pada rehabilitasi Stroke pasien akan mempelajari beberapa hal seperti cara bergerak, berbicara, berpikir dan bagaimana melakukan perawatan diri sendiri (Irfan, 2010). Mobilisasi pasien stroke dipengaruhi oleh faktor gaya hidup, proses penyakit dan *injury*, kebudayaan (Kozier, 2004). Pasien yang menderita penyakit stroke dan tidak melakukan latihan mobilisasi dapat mempengaruhi ekstremitas yang terkena kelumpuhan terutama otot-otot menjadi kecil, dan responden akan mengalami ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari- hari (Rahayu, 2013).

Salah satu cara rehabilitasi pasien Stroke yaitu dengan memberikan terapi ROM (*range of motion*). ROM adalah kemampuan maksimal seseorang dalam melakukan gerakan. Jenis mobilisasi atau rentang gerak di bagi

menjadi dua, yaitu ROM aktif dan ROM pasif. ROM aktif adalah kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan secara mandiri, sedangkan ROM pasif adalah pergerakan yang dilakukan dengan bantuan orang lain yakni bisa perawat dan juga anggota keluarga pasien (Lukman dan Ningsih 2012).

Peran keluarga sangat penting dalam tahap-tahap perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan, sampai dengan rehabilitasi. Keluarga sebagai pihak orang terdekat dengan pasien karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan didalam perannya masing-masing sebagai fungsi biologis yang memelihara dan merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit stroke dengan pengobatan dan perawatan yang salah satunya dengan mobilisasi dengan mencari informasi tentang mobilisasi pasien stroke yang mempunyai jenis penuh atau sebagian. Mobilisasi atau latihan rentang gerak sendi aktif, latihan posisi tidur, latihan duduk, latihan turun dan bergerak dari tempat tidur ke kursi, latihan berdiri, latihan berjalan. Mobilisasi pasien stroke jika dilakukan secara rutin akan berpengaruh terhadap kesehatan fisik dan psikologis pasien stroke (Garrison, 2004).

Dari fenomena-fenomena diatas membuat penulis tertarik untuk meneliti permasalahan tersebut dengan judul “Pengetahuan keluarga tentang mobilisasi pasien pasca stroke di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo”.

## **1.2 Rumusan masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah Pengetahuan keluarga tentang mobilisasi pasien pasca stroke di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo”?

## **1.3 Tujuan penelitian**

Mengetahui Pengetahuan keluarga tentang mobilisasi pasien pasca stroke di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo.

## **1.4 Manfaat penelitian**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

#### 1. Bagi Peneliti

Menambah dan memberikan pengetahuan agar terwujud pengetahuan baik keluarga tentang mobilisasi pasien pasca stroke di RSUD Dr. Hardjono Ponorogo.

#### 2. Bagi IPTEK

Memberikan kepustakaan khususnya yang terkait dengan penyakit stroke.

#### 3. Bagi Institusi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi *referensi* dan bahan bacaan di perpustakaan Fakultas Ilmu Kesehatan, dan untuk memenuhi mata kuliah askep persyarafan.

### **1.4.2 Manfaat praktis**

#### 1. Bagi Responden.

Meningkatkan pengetahuan responden agar terbentuk perilaku positif dalam mobilisasi pasien pasca stroke.

#### 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai referensi peneliti selanjutnya untuk meneliti yang tentang penyakit pengetahuan, keluarga, mobilisasi, dan stroke.

#### 3. Rumah sakit.

Dengan terlaksananya penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi, meneruskan program untuk meneruskan pengetahuan keluarga tentang mobilisasi pasien pasca stroke di rumah sakit terutama di Poli Penyakit Syaraf RSUD Dr. Harjono Ponorogo.

### **1.5 Keaslian penelitian**

Penelitian-penelitian yang telah dilakukan terkait dengan Pengetahuan keluarga tentang mobilisasi pasien pasca stroke adalah sebagai berikut:

1. Achmad Fahri (2011) Yang berjudul “Pemenuhan Mobilisasi Pada Pasien Post Stroke Di Ruang Unit Stroke Rumah Sakit Umum Dr. Pirngadi Medan”. Hasil dari penelitian ini yaitu pasien post stroke di RSUD Pirngadi Medan mulai dapat melakukan mobilisasi secara aktif pada hari ke-6 dan hari ke-7 masa rawatannya. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah terletak pada variabel yang akan diteliti, sedangkan persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang penyakit stroke, dan mobilisasi.

2. Junika (2012) Yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Tingkat Pemulihan Pada Pasien Stroke Infark Di Eka Hospital BSD Tangerang Tahun 2014”. Hasil Penelitian : Sebagian besar responden adalah usia 40-60 tahun sebesar 77,8% jenis kelamin laki-laki 55,6%, Tingkat pendidikan perguruan tinggi 75,0% tingkat pemulihan baik post mobilisasi 86,1%. Hasil uji statistik paired t test rata-rata tingkat pemulihan sebelum perlakuan dan sesudah perlakuan adalah -0,389 dengan nilai  $P = 0,00$  ( $p < 0,05$ ). Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah terletak pada variabel yang akan diteliti, sedangkan persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang mobilisasi.
3. Prastyandi (2013) Yang berjudul “Pengaruh Mobilisasi Miring Kanan Miring Kiri Terhadap Pencegahan Konstipasi Pada Pasien Stroke Infark Dengan Tirah Baring Lama di Ruang ICU RSUD Prof. Dr. Soekandar Mojokerto”. Hasil penelitian Penelitian ini menghasilkan nilai *rectal toucher* kelompok *pre-post* perlakuan untuk *Wilcoxon test*  $p = 0,001$ , dan nilai *rectal toucher* kelompok *pre-post* kontrol untuk *Wilcoxon test*  $p = 0,180$ , sementara nilai *Mann Whitney Test* adalah  $p = 0,151$ . Nilai peristaltik usus untuk kelompok *pre-post* perlakuan adalah  $p = 0,000$ , sementara nilai peristaltik untuk *pre-post* kontrol adalah  $p = 0,008$  dan nilai *Mann Whitney Test* adalah  $p = 0,000$ . Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah terletak pada variabel yang akan diteliti, sedangkan persamaannya adalah sama-sama meneliti tentang mobilisasi